

**BIENVENIDO A EYE & EAR**

**BOYNTON BEACH/ PALM SPRINGS**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ No. de S.S. \_\_\_\_\_

Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apta # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de su Trabajo \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo que realice \_\_\_\_\_

Pasatiempos \_\_\_\_\_ Tipo de Deportes \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_ Número de Identificación \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_

No. S.S. del Asegurado \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Como se entero de nuestra Oficina?

Al pasar \_\_\_\_\_ Plan de Seguro \_\_\_\_\_ Páginas Amarillas \_\_\_\_\_ Publicidad \_\_\_\_\_ Paciente Previo \_\_\_\_\_  
 Doctor \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Nombre de persona que lo refirió \_\_\_\_\_

HISTORIA MEDICA (MARQUE LO QUE APLICA)	Propio	Familiar	ESPEJUELOS/ ANTEOJOS	LENTES DE CONTACTOS
Ojo perezoso o Cruzado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sus espejuelos están? <input type="checkbox"/> Con Usted <input type="checkbox"/> En Casa	Usa lentes de contactos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Daltonismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perdidos/Rotos	Los usa? <input type="checkbox"/> Todo el tiempo
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Que tan viejos son? <input type="checkbox"/> 1-2 años <input type="checkbox"/> 2-3 años	<input type="checkbox"/> Algunas veces
Cataratas o cirugía de cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3-4 años <input type="checkbox"/> más de 4 años	<input type="checkbox"/> Rara vez
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los usa? <input type="checkbox"/> Todo el tiempo <input type="checkbox"/> Algunas veces	Quando fue la última vez que uso sus lentes? <input type="checkbox"/> Hoy
Degeneración de la macula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Hace días
Enfermedad de la retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún problema con los espejuelos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> La distancia <input type="checkbox"/> De cerca	<input type="checkbox"/> Semanas
Asthma/ problemas del pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sus espejuelos son? <input type="checkbox"/> Bifocales sin línea (progresivos)	<input type="checkbox"/> Meses
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bifocales	<input type="checkbox"/> Años
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Espejuelos para leer	Marca de los lentes de contactos? (si la sabe)
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Espejuelos para distancia	_____
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemas de la tyroide				
Alergia a alguna medicina? _____				
Está embarazada? _____				

Cuál es la razón de la visita de hoy?

Examen anual \_\_\_\_\_ Espejuelos nuevos \_\_\_\_\_ Lentes de contactos \_\_\_\_\_ Conjuntivitis \_\_\_\_\_ Otra razón \_\_\_\_\_

Fecha de su último examen de la vista \_\_\_\_\_ con el Dr. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Especifique algún medicamento que usted esté tomando: \_\_\_\_\_

Describe alguna lesión que haya tenido en sus ojos o alguna cirugía: \_\_\_\_\_

**EXAMINACION CON DILATACION DE LA PUPILA  
INFORME DE CONSENTIMIENTO**

En orden de hacer un examen completo de la vista, es necesario dilatar las pupilas. Este procedimiento da al doctor la habilidad de examinar los ojos para condiciones como la catarata, glaucoma, y otras condiciones que pueden resultar en la perdida de la visión. La visión, especialmente de lectura, se pondrá borrosa por aproximadamente 4-5 horas y aumentara la sensibilidad a la luz. Gafas desechables están disponibles si se desean.

Por favor indique su preferencia:

- Me gustaría tener el examen completo de dilatación  
 Me gustaría tener mi examen regular y hacer otra cita para la dilatación  
 Me gustaría tener mi examen regular y rechazar la dilatación. Entiendo que estoy relevando a Dr. Barry Frankel y Asociados de alguna responsabilidad al no tener el examen de dilatación.

**EXAMEN DE LA VISTA PERIFERICA  
INFORME DE CONCENTIMIENTO**

Eye & Ear le recomienda, a todos sus pacientes, el examen computarizado de la visión periférica cada año. Este examen puede ayudar a detectar los siguientes problemas:

- \*Glaucoma \*Tumores Cerebrales \*Diabetes \*Presión Alta \*Degeneración Macular  
\*Esclerosis Múltiple \*Despegamiento de Retina**

Es especialmente importante si usted tiene Dolores de cabeza, miembros de familia con glaucoma o problemas retíales. **El costo por este examen que no es cubierto por ningún seguro es \$10.**

SI  o NO  deseo este examen

**IMAGENES DIGITALES DE LA RETINA**

Como parte de su examen, EYE AND EAR recomienda un nuevo procedimiento de diagnosis llamado Imagen Digital de la Retina. Este procedimiento consiste en tomar una imagen de la retina (la parte de atrás de su ojo) usando una cámara digital. Esto no es un procedimiento de rayos-x o de ultrasonido, y nada tocara su ojo. Este registro permanente es muy útil para evaluar la actual salud de su ojo y para proteger la salud de estructuras especificas de su ojo tales como la retina, nervio óptico, la macula, y los vasos sanguíneos. Puede ayudar en la temprana detección de problemas visuales tales como desprendimiento de la retina y orificios en la retina, Glaucoma, lesiones precancerosas, degeneración macular y retinopatía diabética. **El costo por este examen que no es cubierto por ningún seguro es \$25.**

**SI** me gustaría tener mi imagen digital de la retina hoy.

**NO** me gustaría tener el examen de la imagen digital.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Reconozco que he recibido una copia de la NOTIFICACION DE PRIVACIDAD de Dr. Barry A. Frankel y Asociados.

# AVISO DE LA POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

## PARA PACIENTES CON PLAN DE VISION:

### • SERVICIOS PROVISTOS CON O SIN AUTORIZACIÓN:

Como miembro de un programa de cuidado de la vista, reconozco la visita de hoy que voy a asumir la plena responsabilidad financiera por los servicios y / o materiales prestados a mí, si por alguna razón, mi compañía de plan de la vista niega o no cubre mi demanda para estos servicios o materiales.

### • COPAGOS:

Entiendo que soy responsable de pagar todos los co-pagos en el momento del servicio. Los proveedores, de Eye & Ear no pueden renunciar a los co-pagos en ningún momento

## PARA PACIENTES CON MEDICARE SOLAMENTE:

### • DEDUCIBLES:

Si mi seguros determina que no he cumplido con mi deducible, entiendo que seré totalmente responsable de los pagos en tiempo y forma, no más de 30 días después de haber sido notificado por mi seguro y / o el profesional. Los deducibles anuales no se puede renunciar en cualquier momento por los proveedores de Eye & Ear. Este año el deducible de Medicare es **\$147.00**.

### • COBERTURA DE INDEMNIZACIONES:

Medicare reembolsa a nuestra oficina el 80% de la cantidad aprobado para los servicios. El 20% restante es su responsabilidad. Nuestra oficina puede elegir cobrarle directamente a usted a su plan suplementario si lo tiene.

### • CONSENTIMIENTO INFORMATIVO DE UNA REFRACCION OCULAR:

**LA REFRACCION OCULAR** es una de las partes más importantes de su examen de la vista de hoy. Mediante este examen el médico determinará si su visión puede ser mejorada con una nueva receta de espejuelos. Medicare y otros planes de seguros médicos no cubren este servicio. Varios planes consideran la refracción de un servicio de la visión y no un servicio médico. Este servicio tiene un costo de **\$ 35.00**. Si usted tiene un plan suplementario este cubrirá automáticamente, el pago se colecta en el momento del servicio. Si usted desea pagarnos por la refracción ocular, nosotros le haremos un reembolso adecuadamente.

**Por favor marque (✓) uno:**

\_\_\_\_\_ **YO QUIERO** tener la refracción en este momento y entiendo que soy responsable

\_\_\_\_\_ **YO NO QUIERO** tener la refracción en este momento. Entiendo que sin la refracción, el médico no puede ser capaz de evaluar plenamente la salud y la función de mis ojos. Como resultado de ello, no voy a tener una receta de anteojos válido al final de la visita de hoy.

**Por favor marque (✓) uno:**

\_\_\_\_\_ **ESTOY DE ACUERDO EN PAGAR:** He leído lo anterior y reconozco la visita de hoy que voy a asumir plena responsabilidad financiera por los servicios y / o materiales, si por alguna razón, mi compañía de plan de seguro de la vista se niega o no cubre mi reclamación por estos servicios o materiales.

\_\_\_\_\_ **RECHAZO EL SERVICIO:** He decidido no tener el servicio y/o materiales, porque yo no estoy dispuesto a ser personalmente responsable del pago.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padres/ Paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha