Silver Spring Eye

Formulario de Registro para Pacientes Nuevos

Nuevo paquete para ɔaciente modificado el 11/09/23

SSE_NP_F100

Información del paciente

Apellido del paciente	Nombre	Segundo nombre	Nombre de soltera
Domicilio (calle o casilla)		Ciudad	Estado / Código postal
Número de teléfono particular	Número de teléfono celular	Número de teléfono del trabajo	Correo electrónico
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento / Sexo asignado al nacer ☐ Masculino ☐ Femenino	Pronombres ☐ Ella ☐ Él ☐ Otro: Especifique: _____	
Identidad de género (seleccionar una opción) ☐ Se identifica como masculino. ☐ Se identifica como femenino. ☐ Género no conforme/no binario. ☐ Otro (especificar) _____ ☐ Elige no divulgar.		Orientación sexual (Marque una opción) ☐ Lesbiana/Gay/Homosexual ☐Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otro, especificar _____ ☐ No lo sé. ☐ Elige no divulgar.	
Estado civil (Marque una opción) ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja de hecho ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐Desconocido		Raza (Marque una opción) ☐ Indio estadounidense o nativo de Alaska ☐ Hispano o latino ☐ Nativo de Hawái u originario de una isla del Pacífico ☐ De color o afroestadounidense ☐ Asiático ☐ Blanco ☐Otro _____	
Origen étnico (Marque una opción) ☐ No hispano o latino ☐ Hispano o latino		Nombre del empleador	Domicilio del empleador
¿El paciente reside en un centro de enfermería especializada/centro de rehabilitación? ☐ Sí ☐ No		**Si la respuesta es afirmativa, nombre del centro**	**Ciudad:** / **Número de teléfono:**
Nombre del médico de atención primaria		Número de teléfono	
Contacto de emergencia y parentesco	Número de teléfono	Nombre del médico de la remisión	Número de teléfono

Parte responsable

Complete esta sección SOLO si el paciente es menor de edad o tiene un tutor legal.

Apellido **de la parte responsable**	Nombre	Segundo nombre	Correo electrónico:
Domicilio (calle o apartado postal)		Ciudad	Estado / Código postal
Número de teléfono particular		Número de teléfono celular	Número de teléfono del trabajo
Parentesco con el paciente ☐ Paciente ☐ Otro (especificar)		Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social

Información del seguro y del suscriptor

Compañía de seguros **PRIMARIA**	Fecha de entrada en vigencia	Compañía de seguros **SECUNDARIA**	Fecha de entrada en vigencia
Domicilio postal de reclamos (calle o apartado postal)		Domicilio postal de reclamos (calle o apartado postal)	
Ciudad / Estado / Código postal		Ciudad / Estado / Código postal	
Número de id. de la póliza	Número de id. del grupo	Número de id. de la póliza	Número de id. del grupo
Nombre del suscriptor (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento	Nombre del suscriptor (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento
Número de Seguro Social del suscriptor	Parentesco con el paciente	Número de Seguro Social del suscriptor	Parentesco con el paciente
Empleador del suscriptor	Número de teléfono del trabajo	Empleador del suscriptor	Número de teléfono del trabajo
Domicilio del empleador del suscriptor (calle o apartado postal)		Domicilio del empleador del suscriptor (calle o apartado postal)	
Ciudad / Estado / Código postal		Ciudad / Estado / Código postal	

Farmacia

Nombre de la farmacia preferida	Domicilio de la farmacia	Número de teléfono de la farmacia
Nombre de la farmacia de envío por correo	Domicilio de la farmacia	Número de teléfono de la farmacia

Seguro Oftalmológico (si corresponde)

Plan oftalmológico Información del seguro y del suscriptor

Compañía de seguros del **PLAN OFTALMOLÓGICO**		Fecha de entrada en vigencia
Domicilio postal de reclamos (calle o apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de id. de la póliza	Número de id. del grupo	
Nombre del suscriptor (titular de la póliza)	Fecha de nacimiento	
Número de Seguro Social del suscriptor	Parentesco con el paciente	
Empleador del suscriptor	Número de teléfono del trabajo	
Domicilio del empleador del suscriptor (calle o apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal

_____ _____

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal **Fecha**

Consentimiento para el Tratamiento y la Responsabilidad Financiera

Consentimiento para tratar *SSE_NP_F101*

Por la presente autorizo a los empleados y agentes de The Retina Group of Washington, PLLC ("RGW") dba Silver Spring Eye, un afiliado de PRISM Vision Group, incluidos médicos, asistentes médicos, enfermeros profesionales y otros empleados y miembros de personal a prestar evaluaciones médicas y atención al paciente indicado a continuación. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito. Comprendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica excepto en el caso de una emergencia.

_____

Nombre del paciente (IMPRIMIR)

_____ _____

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal **Fecha**

Complete esta sección SOLO si el paciente es menor de edad o requiere un tutor legal.

Doy mi consentimiento para que _____ autorice la evaluación y el tratamiento del paciente identificado anteriormente cuando no estoy disponible. Comprendo que esto autoriza a las personas anteriores a consentir los procedimientos médicos y quirúrgicos, y las vacunas para el paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito.

_____ _____

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal **Fecha**

Responsabilidad financiera *SSE_NP_F102*

Por la presente autorizo a The Retina Group of Washington, PLLC ("RGW") dba Silver Spring Eye, un afiliado de PRISM Vision Group a solicitar beneficios en mi nombre y el pago de los beneficios médicos directamente a RGW por los servicios prestados. Solicito que los pagos de Medicare, Medigap o cualquier otra compañía de seguros se realicen directamente a RGW. Se otorga la autorización para divulgar la información contenida en el registro médico del paciente o en la compañía de seguros médicos del paciente (o sus empleados o agentes) según sea necesario para procesar y completar el reclamo médico del paciente. Comprendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados, que pueden incluir servicios no cubiertos por las compañías de seguros del paciente. Acepto que todos los montos se deben pagar si se solicitan y son pagaderos a RGW.

La duración de esta autorización es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito. Comprendo que al no firmar esta divulgación de información, soy responsable del pago total de los servicios antes de que se presten los servicios.

_____

Nombre del paciente (IMPRIMIR)

_____ _____

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal **Fecha**

Método de comunicación preferido *SSE_NP_F104*

☐ **Sí,** deseo que The Retina Group of Washington, PLLC ("RGW") dba Silver Spring Eye, un afiliado de PRISM Vision Group, me comunique mi información a través de un sistema seguro diseñado para mantener mi información a salvo.

Mi método de comunicación preferido con respecto a mis **afecciones médicas o información sobre citas** se indica a continuación:

☐ Teléfono particular ☐ Teléfono celular ☐ Correo electrónico ☐ Carta por correo ☐ Guardian

Si el método de comunicación anterior es por **teléfono,** haga uno de los siguientes (**marque UNO**):

☐ Deje un mensaje con información detallada.
☐ Deje un mensaje con un número de devolución de llamada solamente.

Si el método de comunicación mencionado anteriormente es por **correo electrónico,** considere las implicaciones de privacidad; por ejemplo, cualquier otra persona que pueda tener acceso a su dirección de correo electrónico o cualquier otra persona, como su empleador, que pueda tener el derecho o la capacidad de revisar todo el correo electrónico recibido en su dirección laboral.

Informe a nuestra oficina si tiene instrucciones o solicitudes especiales con respecto a nuestra comunicación con usted. Por ejemplo, avísenos si desea que le llamemos a un número de teléfono diferente para obtener un resultado específico de la prueba o si no desea que nos comuniquemos con usted en absoluto.

Contactos aprobados por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) *SSE_NP_F105*

Mantener la información de nuestro paciente en privado es importante para nosotros, y por defecto divulgaremos información relacionada con la cuenta de facturación y las afecciones médicas del paciente solo al paciente o tutor legal.

Si desea añadir contactos adicionales, que no sean el paciente o el tutor legal, que The Retina Group of Washington, PLLC ("RGW") dba Silver Spring Eye, un afiliado de PRISM Vision Group, está autorizado a revelar este tipo de información, complete los campos de abajo y seleccione las casillas de verificación apropiadas basadas en su aprobación para cada persona que ha enumerado. Si la fecha de finalización se deja en blanco, entonces la duración de esta autorización es indefinida a menos que se revoque por escrito lo contrario.

_____	_____	_____	_____
Nombre de contacto	Parentesco con el paciente	Número de teléfono de contacto	Fecha de finalización

☐ **Información sobre la cuenta de facturación** ☐ **Información sobre la afección médica** ☐ **Contacto de emergencia**

Notas adicionales:
_____

_____	_____	_____	_____
Nombre de contacto	Parentesco con el paciente	Número de teléfono de contacto	Fecha de finalización

☐ **Información sobre la cuenta de facturación** ☐ **Información sobre la afección médica** ☐ **Contacto de emergencia**

Notas adicionales: _____

Nombre del paciente _____ **Fecha:** ____/____/____

El Aviso de prácticas de privacidad describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica protegida sobre usted, y cómo puede obtener acceso a esta información. Revise detenidamente.

The Retina Group of Washington, PLLC ("RGW") dba Silver Spring Eye, un afiliado de PRISM Vision Group, está obligada por ley a proteger la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad, y a proporcionarle una copia de este aviso, el cual describe las prácticas de privacidad de la información médica de nuestro consultorio, su personal médico y los proveedores de atención médica afiliados que realizan conjuntamente actividades de pago y operaciones comerciales con nuestro consultorio. La «información médica protegida» es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo así como información genética, e información que se relaciona con su salud o afección física o mental pasada, presente o futura, y los servicios de atención médica relacionados.

El____/____/____ yo, _____, recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.
(Fecha de hoy) (Nombre del paciente)

_____

Nombre en letra de imprenta

_____

Firma

_____

Fecha

* El Aviso de prácticas de privacidad de Silver Spring Eye se puede buscar en nuestro sitio web: https://www.silverspringeye.com

Solo para uso del consultorio

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener un acuse de recibo porque:

- ☐ La persona se negó a firmar.
- ☐ Las barreras de comunicación prohíben la obtención del acuse de recibo.
- ☐ Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo.
- ☐ Otro (especificar)

_____

_____

Este formulario de acuse de recibo pasará a formar parte de su registro médico permanente.

Cuestionario Médico/Antecedentes Oculares

SSE_NP_F108

Nombre del paciente:			Fecha / /
¿Qué problema ocular lo trae por aquí?			
¿Cuándo fue su último examen ocular?	/ /	Oftalmólogo	
¿Qué le dijo su médico?			

	SÍ	NO			
¿Usa gafas para la visión?					
¿Usa lentes de contacto?			Si es así, ¿cuándo los cambió por última vez?		
¿Tiene glaucoma?			Si es así, ¿cómo se está tratando?		
¿Se ha sometido a una cirugía de cataratas?			Si es así, ¿qué ojo?	Fecha de la cirugía	Nombre del cirujano
			Ojo izquierdo	/ /	
			Ojo derecho	/ /	
¿Se sometió a otra cirugía? *Indique los detalles a continuación.*					

Antecedentes Médicos: Antecedentes Sociales

¿Alguna vez ha sufrido alguno de los siguientes?

	SÍ	NO	Comentario
¿Nació de manera prematura?			
¿Antecedentes de pérdida de peso, fiebre?			
¿Dolores de cabeza, sinusitis, amigdalectomía?			
¿Afección cardíaca?			
¿Presión arterial alta?			
¿Problemas circulatorios?			
¿Enfermedad pulmonar?			
Úlceras, enfermedad del hígado, la vejiga?			
¿Fuma?			
¿Bebe?			
¿Enfermedad renal, de la vejiga y de la próstata?			

	SÍ	NO	Comentario
¿Enfermedad de las articulaciones?			
¿Enfermedad de la piel o cáncer de mama?			
¿Accidente cerebrovascular o enfermedad neurológica?			
¿Antecedentes de enfermedades psicológicas?			
¿Enfermedad de la tiroides?			
¿Diabetes?			
Fecha de los últimos resultados del azúcar en la sangre:			
¿Trastorno hemorrágico, anemia?			
¿Sida o enfermedades infecciosas?			
¿Cáncer?			

Enumere <u>TODAS</u> las medicaciones que toma actualmente, incluidas las gotas para ojos:	Enumere TODAS las alergias, incluidas las medicaciones:

HISTORIAL FAMILIAR

¿Hay antecedentes familiares de	SÍ	NO		
cataratas?			Parentesco:	
glaucoma?			Parentesco:	
enfermedad de la retina?			Parentesco:	
diabetes?			Parentesco:	
hipertensión?			Parentesco:	
anemia?			Parentesco:	
otra enfermedad ocular o sistémica?			Parentesco:	

Cuestionario de Antecedentes Médicos/Revisión de Síntomas

SSE_NP_F109

Nombre del paciente:	**Fecha** / /

¿Tiene algún problema en las siguientes áreas? *Marque todas las opciones correspondientes.*

	SÍ	NO			SÍ	NO	
GENERAL				**Gastrointestinal/Genitourinario**			
Fiebre				Vómitos			
Fatiga				Evacuación intestinal con sangre			
Pérdida/Aumento de peso				Acidez estomacal			
Resfriados frecuentes				Pérdida del apetito			
OJOS				Dificultad para orinar			
Visión borrosa				Sangre en orina			
Visión doble				Micción frecuente			
Enrojecimiento				Dolor al orinar			
Sensación arenosa o áspera				**MUSCULOESQUELÉTICO**			
Puntos ciegos				Dolor muscular			
Miodesopsias				Dolor en las articulaciones, artritis			
Destellos				**INTEGUMENTARIO**			
Ambliopía				Sarpullido, magulladura con facilidad			
Picazón/ardor				Enfermedad mamaria			
Lagrimeo en exceso				**NEUROLÓGICO**			
Sensibilidad al reflejo/a la luz				Dolores de cabeza frecuentes y con desmayos			
Dolor ocular				Convulsiones			
Infección crónica de ojos, párpados				**PSIQUIÁTRICO**			
ORL: Oído, nariz y garganta				Depresión			
Sinusitis				Ansiedad			
Tos				Problemas psiquiátricos			
Dificultad para caminar				**ENDOCRINO**			
Ronquera				Sed excesiva			
Pérdida de la audición				Sudoración excesiva			
Sangrados nasales				**HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO**			
CORAZÓN				Glándulas inflamadas			
Dolor en el pecho				**ALERGIAS/INMUNOLÓGICO**			
Ritmo cardíaco irregular				Alergias estacionales			
Marcapaso				Rinitis alérgica			
Soplo cardíaco				**OTRO**			
Pies/tobillos inflamados				Embarazada			
Calambres en las piernas al caminar				Menopausia			
PULMONES				Hemorragia vaginal			
Sibilancia, dificultad para respirar				Bultos en los senos			
Tos con sangre/Mucosidad							

COMENTARIOS RELACIONADOS CON RESPUESTAS ANTERIORES: (IMPRIMIR)