

Nombre del paciente

Last

First

Middle

Dirección

Street & Apt #

City

State

Zip

Teléfono de casa

Teléfono móvil

Otro teléfono

Alguna restricción para contactarte?  No  Si
Restricciones de contacto:

E-mail
Drivers License # (include State)

Años Fecha de nacimiento / / SS#

Sexo  Mujere  Hombre

Estado civil  solo  casado con:  Otro:

Empleador del paciente

Ocupación

Teléfono del trabajo

Ext:

¿Está bien llamarte al trabajo?  sí  No

Dirección

Street & Suite #

City

State

Zip

Contacto de emergencia

Relación con el paciente

Teléfono de casa

Teléfono móvil

Teléfono del trabajo

Dirección

Street & Apt #

City

State

Zip

Médico de referencia

Teléfono

Médico de atención primaria

Teléfono

Seguro de salud primario

Política# Grupo # Ins. teléfono

Nombre del asegurado DOB Empleador

Seguro de salud secundario

Política # Grupo # Ins. teléfono

Nombre del asegurado DOB Empleador

Entiendo que los cargos por visitas al consultorio se pagan el día en que se presta el servicio. Autorizo al Dr. Lin a facturar a mi compañía de seguros. Independientemente de la cobertura del seguro, soy responsable de que todas las facturas se paguen de manera oportuna. Entiendo que mi contrato es entre el Dr. Joseph Lin y yo.

Firma

Fecha

## Autorización para Recibir/Divulgar Información de Salud

Debido a **las leyes de Privacidad de Cumplimiento Hipaa del Gobierno Federal**, es obligatorio que le pidamos que revise y responda la siguiente lista de preguntas.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Last

First

Middle

Podemos dejar mensajes o información médica detallada en el correo de voz en cualquiera de estos números de teléfono:

Si  No Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  Si  No Número Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Podemos contactarlo en su lugar de trabajo?  Si  No

Si es así, ¿podemos dejar un mensaje?  Si  No

Si es Así: Número de Trabajo: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna persona o familiar en particular que autorice a recibir y discutir información sobre su información personal de salud (información general, quirúrgica y de facturación)?**

Si  No Si es así, por favor proveedor:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número Alternativo \_\_\_\_\_

¿Esta persona es su poder legal para fines médicos?  Si  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número Alternativo \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a **California Oculoplastics and Retina** a obtener o divulgar toda la información pertinente sobre mi atención médica, según sea necesario, para ayudar en mi tratamiento continuo a otros proveedores de atención médica, laboratorios, instalaciones de radiología o otras instituciones. Esta autorización permanece vigente hasta que se revoque

He revisado la información mencionada anteriormente y doy mi consentimiento con respecto a cualquiera de los problemas mencionados anteriormente.

He revisado el Aviso de **California Oculoplastics and Retina** sobre la Política de Privacidad HIPAA. Una copia de esta política se me proporcionará a pedido

**Firma** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Witnessed By: \_\_\_\_\_

For Office Use Only:  
Please initial this page \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Last

First

Middle

## ENTENDIENDO SU RESPONSABILIDAD FINANCIERA

### Su responsabilidad financiera

Nuestros servicios médicos se le brindan con el entendimiento de que usted es responsable de cualquier costo, independientemente de su cobertura de seguro. Para pacientes que pagan por cuenta propia o que usan un seguro, el pago se debe realizar el día en que se prestan los servicios. Para su conveniencia, aceptamos varios métodos de pago, incluidos efectivo, cheques, tarjetas de crédito/débito y Promptly. Para discutir opciones de pago, comuníquese con nuestro departamento de facturación antes de su cita.

### Seguro médico

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; nuestra práctica no es parte de este contrato. Como cortesía, enviaremos la factura a su compañía de seguros, siempre que tengamos información precisa y actualizada. Por favor, traiga su tarjeta de seguro a cada cita y proporcione todos los detalles relevantes, incluidos seguros primarios, secundarios o actualizados. Notifíquenos de inmediato cualquier cambio en su dirección, nombre o información de seguro para garantizar una facturación precisa.

También es su responsabilidad comprender su cobertura de seguro, incluidos copagos, coaseguro y deducibles. Se espera el pago de estos cargos en el momento de su visita o cuando se le facture. Los servicios no cubiertos o los cargos del deducible también son su responsabilidad, ya que no podemos eximir ni descontar estos montos según los requisitos de su seguro.

### Servicios no cubiertos y denegaciones

Los planes de seguro varían en lo que consideran médicamente necesario. Si su seguro no cubre ciertos servicios, o si su cobertura ha vencido o expirado, usted será responsable del costo total. Si decide no usar los beneficios de su seguro o si su seguro niega la cobertura, usted es responsable de todos los cargos. Por favor, revise su plan de seguro para obtener detalles específicos sobre la cobertura o comuníquese con su proveedor de seguro para aclarar los servicios cubiertos.

### Estado de la red: Dentro plan Aceptado vs. Fuera

Nuestra práctica participa con muchos planes de seguro, pero es responsabilidad del paciente confirmar si estamos dentro o fuera de su plan. La cobertura dentro generalmente resulta en costos más bajos para el paciente, mientras que la atención fuera de puede implicar deducibles o coaseguros más altos. Recomendamos comunicarse con su proveedor de seguro para verificar nuestro estado antes de recibir atención.

### Pre-autorización

Algunos planes de seguro, específicamente los planes HMO y PPO, pueden requerir una pre-autorización o un referido de su doctor primario (PCP) para recibir servicios. Por favor, traiga esta autorización o referido a su cita. Si no se obtiene la autorización, o los servicios recibidos exceden el alcance autorizado, usted podría ser responsable de los costos.

### Estimación de costos para el paciente

Nuestra práctica puede proporcionarle una estimado aproximada de su responsabilidad financiera basada en los beneficios de su seguro. Tenga en cuenta que esto es solo una estimación, ya que no conoceremos el precio exacto hasta que recibamos una Explicación de Beneficios (EOB) de su proveedor de seguro. El precio final puede variar dependiendo de cómo su seguro procese el reclamo.

### Recargos por pagos atrasados y cobros

Si un saldo permanece sin pagar y no se han realizado planes de pago, la cuenta puede clasificarse como morosa. Todos los saldos no pagados estarán sujetos a un recargo del 2% por pagos atrasados, calculado en base al saldo pendiente, hasta que la cuenta esté al corriente o se establezca un acuerdo de pago. Las cuentas morosas están sujetas a ser enviadas a una agencia de cobros externa una vez que el saldo tenga más de 90 días y se hayan realizado múltiples intentos de cobro. Las cuentas enviadas a una agencia de cobros externa pueden incurrir en cargos

adicionales, como honorarios de abogados o costos judiciales, los cuales serán responsabilidad del paciente. Además, las cuentas no pagadas pueden afectar su historial crediticio.

**Reconocimiento**

He leído y entiendo las políticas financieras descritas anteriormente, incluyendo mi responsabilidad de verificar la cobertura del seguro, obtener autorizaciones previas si es necesario y pagar por cualquier servicio no cubierto, copagos, coaseguro y deducibles. Reconozco que cualquier servicio considerado como no médicamente necesario, servicios fuera de la red o servicios no cubiertos por mi plan de seguro serán mi responsabilidad financiera. Si mi seguro niega la cobertura o el pago por cualquier razón, aceptó pagar todos los cargos asociados en su totalidad.

**Firma**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

\_\_\_\_\_

## Declaración de Renuncia de Seguro Medico

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Last

First

Middle

Nombre del Paciente:      Fecha de Nacimiento:

Por favor de leer este formulario de renuncia. Encuentre la sección que se aplica a usted y, si corresponde, firme y escriba la fecha.

### Paciente sin Seguro de Salud

- Si no tiene seguro médico, se considera como paciente de pago personal (pago por su propia cuenta). Por favor firme la declaración de renuncia.

Reconozco que NO TENGO seguro médico y he elegido ser atendido como paciente de pago propio. Estoy de acuerdo en asumir TODA la responsabilidad financiera. Este acuerdo pertenece a la visita actual y futuras..

Firma \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Cuidado Administrado o plan de HMO que Requiere una Referencia

- Si su compañía de seguro médico requiere que obtenga una referencia para ver a un especialista, su médico de personal o familiar debe autorizar su visita al especialista ANTES de que se realice la visita. Si no puede obtener una referencia, firme la declaración de renuncia a continuación.

Reconozco que no he obtenido una referencia de autorización de mi médico personal o familiar. Estoy de acuerdo en asumir TODA la responsabilidad financiera. Este acuerdo pertenece a la visita actual y futuras.

Firma \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Plan de Seguro Fuera de la Red

Reconozco, que se me ha informado, que mi seguro médico está FUERA DE LA RED, por lo tanto, no es aceptado. Estoy de acuerdo en asumir TODA la responsabilidad financiera. Este acuerdo pertenece a la visita actual y futuras con esta compañía de seguros.

Firma \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Consentimiento del Paciente Para

For Office Use Only:  
Please initial this page \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Fotografía / Grabación de video / Grabación de audio / Entrevista para fines educativos, de mercadotecnia, de medios de comunicación, para mejorar el rendimiento o para hacer cumplir la ley**

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

Last

First

Middle

Doy mi consentimiento a **California Oculoplastics and Retina** o sus afiliados para:

(por favor, coloque las iniciales en la línea correcta)

\_\_\_\_\_ Tomar fotografías, imágenes de cintas de video o otras imágenes mías.

\_\_\_\_\_ Tomar fotografías, imágenes de cintas de video o otras imágenes de mi hijo.

\_\_\_\_\_ Entrevístame y toma notas escritas.

\_\_\_\_\_ Hacer grabaciones de audio de mi entrevista.

Por la siguiente razón:

- Orientación de Marketing o de Propósito Publicitario
- Entrevistas con los Medios de Comunicación
- Propósitos Educativos
- Mejorar el Rendimiento
- Cumplimiento de la Ley
- Otro: **Propósito del Seguro.**

**Propósito:** Entiendo que las fotografías, videos, videos o entrevistas tomadas con fines de mercadeo o publicidad pueden usarse para publicaciones y / o emisiones de los medios de comunicación, para asuntos públicos, incluyendo publicaciones, anuncios, presentaciones y / o ubicaciones en el **California Oculoplastics and Retina** sitio web Por la presente, renuncio a todos los derechos que puedan tener con respecto a cualquier reclamo de pago o regalías en relación con el uso de estas fotografías, cintas de audio, cintas de video y entrevistas, y estoy de acuerdo en que estos serán en todo momento propiedad de la **California Oculoplastics and Retina** o del representante de los medios de comunicación. presente.

Además, entiendo que todas las fotografías, cintas de audio, cintas de video de entrevistas tomadas o entrevistas tomadas con el propósito de educar y / o llevar a cabo la intervención serán información de salud protegida y se mantendrán de manera protegida y exitosa, con acceso restringido al mínimo necesario para llevar a cabo las funciones mencionadas.

Entiendo que las fotografías, las cintas de audio, las cintas de video de las entrevistas tomadas con el propósito de hacer cumplir la ley se convierten en propiedad o en la entidad legal que realiza las grabaciones y podrían utilizarse en los tribunales.

Además, entiendo que este consentimiento está sujeto a mi revocación / retiro en cualquier momento por escrito a la persona apropiada, excepto en la medida en que ya se haya tomado una acción para divulgar esta información. La **California Oculoplastics and Retina** no se negará a tratarme en función de si estoy de acuerdo en permitir que se divulgue o divulgue mi información de salud

**Firma** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

Witnessed By: \_\_\_\_\_

For Office Use Only:

Please initial this page \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Page 5 | 6

## Acuerdo de Arbitraje Médico

**Artículo 1: Acuerdo para Arbitrar:** Se entiende que cualquier disputa sobre negligencia médica, es decir, si algún servicio médico prestado en virtud de este contrato fue innecesario o no fue autorizado o se prestó de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinará mediante la sumisión según lo dispuesto por la ley de California, y no por una demanda o recurso al proceso judicial, excepto cuando la ley de California estipula la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al firmarlo, están renunciando a su derecho constitutivo a que cualquier disputa de este tipo se resuelva en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar aceptan el uso del arbitraje.

**Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser Arbitradas:** es la intención de las partes que este acuerdo cubra todas las reclamaciones o controversias, ya sea por agravio, contrato o de otra manera, y vinculará a todas las partes cuyas reclamaciones pueden surgir o estar relacionadas de alguna manera con el tratamiento o los servicios proporcionados por el médico no identificado a continuación. Grupo o asociación médica, sus socios, asociados, asociaciones, corporaciones, sociedad, empleados, agentes, clínicas y / o proveedores (en lo sucesivo, "médico") a un paciente, incluido cualquier cónyuge o herederos del paciente y sus hijos. , ya sea nacido o no nacido, en el momento del suceso que da lugar a cualquier reclamación. En el caso de que la madre esté embarazada, el término "paciente" en este documento significará tanto la madre como el hijo o hijos que se espera de la madre.

La presentación por parte del médico de cualquier acción en cualquier tribunal por parte del médico para cobrarle una tarifa al paciente no debe renunciar al derecho de obligar al arbitraje de cualquier reclamación por negligencia profesional. Sin embargo, después de la afirmación de cualquier reclamación contra un médico, cualquier disputa por honorarios, sea o no el sujeto de cualquier acción judicial existente, también se resolverá mediante arbitraje.

**Artículo 3: Procedimientos y Ley Aplicables:** La demanda de arbitraje se debe comunicar por escrito por correo postal de los EE. UU., Con franqueo pagado, a todas las partes, describiendo la reclamación contra el médico, la cantidad de daños solicitados y los nombres, direcciones y números de teléfono del paciente, y (si corresponde) su / su abogado. Las partes luego seleccionarán un árbitro neutral que anteriormente fue un juez de la corte superior de California para presidir el asunto. Ambas partes tendrán el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños previa solicitud por escrito al árbitro. El paciente deberá presentar sus reclamos con diligencia razonable y el arbitraje se regirá de conformidad con el Código de Procedimiento Civil SS 1280-1295 y la Ley de Arbitraje Federal (9 U.s.C SS 1-4). Las partes asumirán sus propios costos, honorarios y gastos, junto con una parte proporcional de los honorarios y gastos del árbitro neutral.

**Artículo 4: Efecto Retroactivo:** El paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra todos los servicios prestados por el médico no solo después de la fecha en que se firmó (incluido, entre otros, el tratamiento de emergencia), sino también antes de que se firmara.

**Artículo 5: Revocación:** Este acuerdo puede ser revocado por un aviso escrito entregado al médico dentro de los 30 días de la firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios médicos recibidos por el paciente.

**Artículo 6: Provisión de Divisibilidad:** En el caso de que alguna de las disposiciones de este acuerdo se declare nula e inaplicable, dichas disposiciones se considerarán eliminadas y el resto del acuerdo se ejecutará de conformidad con la Ley de California.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo. Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia

**Al firmar este contrato, usted acepta que se resuelva el problema de la negligencia médica mediante un arbitraje neutral y está renunciando a su derecho a un juicio por jurado o judicial.**

**Ver artículo 1 de este contrato.**

By: \_\_\_\_\_  
Physician's or Duty (Date)  
Authorized Representative Signature

Por: \_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente (fecha)**

By: \_\_\_\_\_  
Signature or Translator (if applicable) (Date)

Por: \_\_\_\_\_  
**Imprimir el Nombre del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Imprimir Nombre o Relación con el Paciente**

\_\_\_\_\_  
Print Name of Translator

For Office Use Only:  
Please initial this page \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Patient Name**

Last

First

Middle

Historia social		Hábitos personales	
<b>Estado civil:</b>	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Socio doméstico	<b>Tobaco usado:</b>	<input type="checkbox"/> Fumador actual todos los días <input type="checkbox"/> Un día fumador <input type="checkbox"/> Ex fumador <input type="checkbox"/> Nunca fumador <input type="checkbox"/> Fumador, estado actual desconocido <input type="checkbox"/> Desconocido si alguna vez fumó <input type="checkbox"/> Fumador de tabaco pesado <input type="checkbox"/> Fumador de tabaco ligero  Fecha Terminado : _____
<b>Ocupación:</b>			
<b>Qué categoría describe mejor a tu etnicidad?</b>	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Negarse		
<b>Te consideras hispano / latino?</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negarse		
<b>Idioma preferido</b>		<b>Alcohol:</b>	<input type="checkbox"/> no consumo alcohol <input type="checkbox"/> uso de alcohol socialmente <input type="checkbox"/> uso de alcohol a diario <input type="checkbox"/> historia personal de alcoholismo

Historia Médica Pasada ( POR FAVOR MARQUE TODO LO QUE APLIQU )			
<input type="checkbox"/>	- Sin antecedentes médicos pasados	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C
<input type="checkbox"/>	Válvula Cardíaca Artificial	<input type="checkbox"/>	Historial de infección por estafilococo
<input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/> enfisema	<input type="checkbox"/>	VIH <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Sífilis
<input type="checkbox"/>	Sangrar tendencia	<input type="checkbox"/>	Problemas articulares <input type="checkbox"/> articulaciones artificiales
<input type="checkbox"/>	Coágulo de sangre	<input type="checkbox"/>	Queloides <input type="checkbox"/> curación anormal
<input type="checkbox"/>	Cáncer (que no sea la piel)	<input type="checkbox"/>	Kidney disease <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon
<input type="checkbox"/>	Cold sores <input type="checkbox"/> Virus Herpes	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática
<input type="checkbox"/>	Depresión o ansiedad	<input type="checkbox"/>	Desorden neurológico
<input type="checkbox"/>	Diabetes I <input type="checkbox"/> Diabetes II	<input type="checkbox"/>	Trasplante de organo
<input type="checkbox"/>	Problemas de visión o ojo	<input type="checkbox"/>	Marcapasos / Desfibrilador
<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno (alergias estacionales)	<input type="checkbox"/>	Terapia de radiación
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	Ataque al corazón
<input type="checkbox"/>	Alta presion sanguinea	<input type="checkbox"/>	Trastorno tiroideo
<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Otra historia



Historia Ocular		
1	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3	Estrabismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	Ceguera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	Degeneración macular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6	Ambliopía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7	Doble visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8	Parpadea y flotadores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9	Episodios de visión perdida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10	Halos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11	Dolor de ojo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12	Ardor / Sequedad / Comezón / Sensación arenoso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13	Desgarro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14	Problemas para leer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15	Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Capacidad de sanar		
1	Su piel parece frágil, se quema fácilmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	Forma cicatrices gruesas o elevadas de un corte o quema?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3	Utilizas cera o usa depilatorios en su cara?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	Alguna ves has tenido herpes labial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Cirugías / hospitalizaciones pasadas			
	Cirugía	Fecha	Notas
1			
2			
3			
4			

Medicamentos actuales (si no tiene ninguno, por favor no escriba ninguno)				
	Nombre de medicamento	Dosificación	# de veces a diario	Notas
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

**Farmacia de preferencia** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_  
Street & Suite # City State Zip

Alergias (si no hay ninguna, por favor no escriba ninguna)		
	Reacción	Notas
1		
2		
3		

	Historia familiar	Miembro de la familia afectado	Notas
<input type="checkbox"/>	- Sin antecedentes familiares contribuyentes		
<input type="checkbox"/>	Desorden sangrante		
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón		
<input type="checkbox"/>	Cáncer		
<input type="checkbox"/>	Diabetes		
<input type="checkbox"/>	Trastornos mentales / emocionales		
<input type="checkbox"/>	Cualquier enfermedad genética		

**Preguntas Femeninas**

1	¿Cuándo fue tu último período menstrual?	Fecha: _____
2	¿Estás actualmente embarazada o amamantamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

**Firma del paciente o tutor legal** \_\_\_\_\_

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