

**Todos los pacientes que proporcionen su información de seguro antes de ser vistos, o lo presenten en la oficina en el momento de su nombramiento tendrán beneficios verificados. Su seguro será contactado por teléfono por nuestro vendedor de seguros que verificará su fecha efectiva de cobertura, limitaciones y beneficios para el examen y los materiales. Nuestras reclamaciones se presentan de manera oportuna y se procesan electrónicamente. En los últimos doce meses hemos experimentado un aumento significativo en el procesamiento de reclamos que no coincide con los beneficios verbales que se dieron en el momento de la verificación. Los errores en la cobertura que nos proporciona su compañía de seguros antes de ser vistos no alivian la responsabilidad financiera por los servicios obtenidos. Si su reclamo procesa de manera diferente a lo que se nos informó acerca de sus beneficios, usted recibirá una factura adicional de esta oficina. El paciente es responsable en última instancia de los servicios obtenidos en Bridgeport Eye Center y de la Dra. Patricia Young.**

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

**Fecha de servicio:** \_\_\_\_\_

**Nombre del seguro:** \_\_\_\_\_

# BRIDGEPORT EYE CENTER

Sr.  Sra. \_\_\_\_\_

Apellido                      Primer Nombre                      Apodo

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Codigopostal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono Alternative: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Sexo:  Mujer  Hombre Origen Etnico: \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

Estatus de Empleo:  Empleado  Estudiante  Retirado  Otro Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono Del Empleador: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono de Contacto: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## Información Del Seguro

Nuestra oficina archiva algunos tipos de seguro. Si usted va a intentar utilizar el seguro para su visita hoy debe presentar su tarjeta de seguro a la recepcionista antes de ser visto por el médico. Algunos tipos de seguros que no tenemos directamente, pero le ayudaremos a presentar para que pueda ser reembolsado por su proveedor de gastos en nuestra oficina.

Es responsabilidad del paciente estar seguro de que usted está cubierto por los servicios y que usted informa al personal de sus beneficios al completar este formulario. El personal le verificará los beneficios con su proveedor. Si su cita se retrasa debido a la verificación de beneficios, la cita puede ser reprogramada. Todos los copagos deben abonarse en la fecha de servicio. Ningún menor puede ser examinado sin un padre en la sala de examen.

No verificamos los beneficios después de que se haya completado una cita. No hay excepciones. En otras palabras, Si usted no tiene una prueba de cobertura y beneficios verificados usted no puede presentar esta información en una fecha posterior y tener una reclamación presentada. Es responsabilidad del paciente saber quién es su aseguradora.

Nombra de Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento Asegurado: \_\_\_\_\_

Relación de paciente a Asegurado: \_\_\_\_\_ Sexo de Asegurado:  Mujer  Hombre

Dirección de Asegurado: \_\_\_\_\_

Teléfono de Asegurado: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ SS# de Asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CUMPLIMIENTO DE HIPAA

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Las prácticas de privacidad del centro de Bridgeport Eye Center están contenidas en el aviso de la práctica de privacidad. una copia visible de este documento está disponible en la recepción. Si usted tiene que obtener una copia de las prácticas de privacidad, por favor informe a un miembro del personal y se le proporcionará la tímica sin costo alguno. Su firma a continuación indica que fue capaz de revisar el aviso de prácticas de privacidad de los centros de atención de Bridgeport Eye Center, que explica cómo se usará y divulgará su información médica.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma De Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha De Hoy

Si la relación de representativa legal con el paciente: \_\_\_\_\_

Razon de su visita hoy: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE SALUD OCULA**

Lesiones en los ojos? \_\_\_\_\_

Cirugías oculares? \_\_\_\_\_

Medicamento ocular? (gotas,pomada,etc) \_\_\_\_\_

Tienes problemas para ver en la noche?  SI  NO Ultimo examen ocular? \_\_\_\_\_

Ultimo oftalmologo? \_\_\_\_\_ Primaria correccion de la vista: (por favor marque

una)  lentes de vision unica  lentes bifocals  lentes progresivas contactos

USUARIOS DE LENTED DE CONTACTO:  Duro/Rigido contactos  Contactos suave

Si usa contactos: Con que frecuencia los tiras? \_\_\_\_\_ Que solucion usa? \_\_\_\_\_

Cuantas horas los usa cada dia? \_\_\_\_\_

**Historial de salud ocular familiar**

Alguien en tu familia tiene uno de estos problemas oculares?

Glaucoma Degeneracion Macular Desprendimiento de Retina Cataratas antes de la edad 65

Ojos vago/cruzado Otro \_\_\_\_\_

**SU HISTORIAL MEDICO**

Diabetes? SI NO

Presión alta? SI NO

Colesterol alto? SI NO

Enfermedad tiroidea? SI NO

Cardiovascular? SI NO

Cáncer? SI NO

Otro \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO DE FAMILIAS**

Diabetes? SI NO

Presión alta? SI NO

Colesterol alto? SI NO

Enfermedad tiroidea? SI NO

Cardiovascular? SI NO

Cáncer? SI NO

Otro \_\_\_\_\_

Medicamentos/Alergias/Otro Historial:

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Otro Medicamentos: \_\_\_\_\_

Vitaminas: \_\_\_\_\_ Medicamentos es alergico(a) \_\_\_\_\_

Medicina Herbaria/Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor Primaria: \_\_\_\_\_ Fecha de ultima visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Razon de ultima visita: \_\_\_\_\_ Nombre de Especialista: \_\_\_\_\_

Lesiones, cirugias o hospitalizaciones importantes: \_\_\_\_\_

Embarazada o amamantando? SI NO

Recibio una vacuna contra la gripe en los ultimos 12 meses? SI NO

Estas al corriente de la vacuna antitetanica? SI NO

**Historia Social**

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Pasatiempos que afectan o usan la vista \_\_\_\_\_

Fumar: SI NO Tipo: Cigarrillos Cigaro Otro Cuanto Tiempo: \_\_\_\_\_

Alcohol: SI NO Tipo: Cerveza Vino Licor Cuanto Tiempo: \_\_\_\_\_

Drogas Ilegales: SI NO Tipo: \_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo: \_\_\_\_\_

Exposicion a Hepatitis, SIDA, VIH, VPH, ETS: SI NO

Raza: \_\_\_\_\_ Origen Etnico: \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Revisión de los Sistemas:

(marque todas las que correspondan)

- General:  Buena Salud General  Fatiga  Fiebre
- Oído, Nariz, Garganta:  Tos  Sequedad en la boca  Congestión  Alergias
- Vascular/Cardiovascular:  Enfermedad Cardíaca  Presión Alta  Enfermedad Vascular
- Respiratoria:  Asma  Bronquitis  Enfisema  EPOC
- Genitp-Urinario:  Problemas Renales  Problemas de Vejiga  Problemas de Prostata
- Músculos, Huesos y Articular:  Artritis  Degeneración
- Gastrointestinal:  Crohn's enfermedad  Estómago Molesto  Reflejo Ácido
- Piel:  Eczema  Picazón  Rosacea  Acne
- Neurológicos:  Dolor de Cabeza  Migraña  Entumecimiento  Convulsiones
- Psiquiátrico:  TDAH  Ansiedad  Depresión
- Endocrino:  Diabetes (infantil)  Diabetes (adulto)  Tiroides
- Linfática/Sanguínea:  Colesterol Alto  Anemia  Trastorno Hemorrágico
- Aérgica/Inmunológicas:  Alergias estacionales

Notas: