



IC LASER EYE CARE

Información del paciente

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Número de teléfono: _____ Hombre, Mujer

Seguro Social: _____ Referido Por? _____

Nombre de la Farmacia _____ Número de farmacia _____

Doctor cabecera: _____ Número del teléfono _____

Nombre de Trabajo y Dirección _____

Contacto en caso de emergencia y número de teléfono _____

Historia del los ojo

Razón Por su visita: _____

Qué se necesita receta para: Espejuelos: Si/No Contactos: Si/ No

Favor de Marcar todo lo que corresponda para usted:

dificultad para leer dificultad para manejar Pobre Visión para la Distancia

Ojo perezoso

Deslumbramiento

Doble secreción ocular

Glaucoma
resecos

Diabetes

Dolor en los ojos

Brillo

Ojos

ojos aguados

Degeneración macular

problemas en la retina

¿Tiene algún antecedente de enfermedades de los ojos en su familia? (En caso afirmativo, por favor especifique)_____

—
—

Tenido alguna cirugía ocular? (En caso afirmativo, por favor especifique)_____

—
—

Tenido alguna lesión en el ojo? (En caso afirmativo, por favor especifique)

—
—

Haga una lista de los medicamentos y gotas para los ojos que está Usando:_____

—
—

Por favor escriba otra condición médica que pueda tener_____

—
—

¿Tiene alguna alergia? (En caso afirmativo, por favor especifique)_____

—
—

—
—

Por la presente autorizo el pago directo de los servicios médicos a Dr. Iftikhar Chaudhry y IC Laser Eye Care para este y todos los futuros servicios proporciona a mí por este médico. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a dar cualquier información necesaria para determinar los beneficios. Reconozco que soy responsable de cualquier saldo no pagado por mi compañía de seguros.

FIRMA DEL PACIENTE_____

Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Entiendo que , en virtud de la Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para :

- Realizar , planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en que el tratamiento directamente e indirectamente.
- obtener el pago de terceros pagadores
- Realizar operaciones de salud normales, como las evaluaciones de calidad y certificaciones médicas

He recibido , leído y entendido la Notificación de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud . Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar este Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que pueda ponerse en contacto con esta organización en cualquier momento a la dirección de arriba para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad .

Entiendo que puedo solicitar por escrito que puede restringir el uso o divulgar mi información privada para realizar el tratamiento , pago u operaciones de atención médica . Sin embargo, estas peticiones no siempre será obligatorio .

Nombre del paciente: _____

firma: _____

Fecha: _____