



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: \_\_\_\_\_