ABC CHILDREN'S EYE SPECIALISTS

Account Number:_____

Today's Date: _____

Nombre del Paciente:_____Edad:_____Fecha de nacimiento:_____

¿Cómo te enteraste de ABC Children's Eye Specialists?

Pediatra Amigo de la familia Miembros de la familia vienen aquí Aseguranza Referido por la escuela
Internet - Circule uno: Google / Yelp / Facebook / HealthGrades / Phoenix Magazine
Otro: _____

Historial de Nacimiento

Sexo: M ____F____

Peso al nacer:_____ Gestación:_____ Puntuación de APGAR: _____

Parto Vaginal Normal:_____ Cesaria:_____ Gemelos:_____

Cuidado temporal:_____ Adoptado:_____

¿Cuánto tiempo duró esa primera estancia en el hospital? ¿Hubo algún tratamiento con oxígeno?

_____

¿Hubo algún problema durante el embarazo?

_____

¿Hubo algún problema durante la entrega?

_____

Historial Médico

Nombre del pediatra:_____ Teléfono#:_____ Fax #:_____

¿Se le ha diagnosticado al paciente algún problema médico? _____

_____

_____

¿Tiene cualquier convulsión o ataque? _____

¿Lista de medicamentos que se toman todos los días y para que condición?_____

_____

¿Tiene alergias a medicamentos? _____

Otras alergias? _____

Historial de la Visión

¿Fecha del último examen de visión? _____ ¿Nombre del doctor que hizo el examen? _____

¿Usa lentes? ____ ¿A qué edad uso lentes por primera vez?_____ ¿Usa los lentes todo el día o solamente para leer?:_____ ¿Ha tenido alguna cirugía en los ojos en el pasado?:_____

¿Ha necesitado usar parche en el ojo en el pasado?_____

¿Por cuánto tiempo y cuántas horas al día?:_____

¿Tiene ya algún diagnóstico de la enfermedad ocular o problemas?_____

¿Tiene un miembro familiar con enfermedad ocular?_____

¿Alguien en la familia usa lentes? _____

¿Alguien más en la familia recibe cuidado con nosotros?_____

Información de la escuela

Grado del paciente: _____ Nombre de la escuela:_____

¿Recibe terapia del habla / ocupacional / física? Incluya con qué frecuencia:

_____

¿Tiene el paciente acomodación especial en la escuela? _____

¿Tiene un maestro para discapacitados visuales? ¿Cuál es el nombre?:_____

Account Number:_____

Today's Date: _____

Cuestionario de Historial Médico - Revisión de los sistemas

¿El paciente tiene, o ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes? En caso afirmativo, por favor indique la fecha del diagnóstico:

Sida / HIV Positivo	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Anemia	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Asma	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Enfermedad de sangre	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Transusión de sangre	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Problemas respiratorios	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Moretones con facilidad	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Cáncer	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Herpes labial	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Convulsiones / Epilepsia	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Diabetes	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Sangrado excesivo	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Sed Excesiva	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Desmayos / Mareos	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Dolores de Cabeza	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Visión Doble	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Hepatitis A	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Hepatitis B y C	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Presión Arterial Alta	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Hipoglucemia	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Latido de corazón irregular	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Leucemia	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Enfermedad Hepática	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Enfermedad pulmonar	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Enfermedad de la Tiroides	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Pérdida de Peso	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
La enfermedad de células falciformes	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Amigdalitis	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Tuberculosis	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Tumores	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Ictericia	_____Sí	_____ No	Fecha: _____
Otros _____			Fecha: _____
_____			Fecha: _____

Por favor menciones los familiares con cualquier otro diagnóstico: _____

_____

Revisado por: _____Fecha: _____

ABC CHILDREN'S EYE SPECIALISTS

Account Number:_____

Today's Date: _____

Seguro del Paciente y Responsabilidades Financieras

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar TODA información relacionada con mi seguro medico a ABC Children's Eye Specialists. Eso incluye cualquier plan secundario tal como AHCCCS. También entiendo que proveeré a ABC Children's Eye Specialists con la información correcta.

Entiendo que se requiere el pago de mi parte el mismo día del servicio medico. Dependiendo de mi plan de aseguranza, este debe ser un pago completo, co-pago, cantidad de el deducible, y/o co-aseguranza.

Si soy un paciente sin aseguranza, entiendo que se espera que el pago se realice en su totalidad al momento del servicio.

- **$225 por visita de un paciente nuevo**
- **$150 por visita de un paciente ya establecido**
- **$50 por pruebas adicionales (Campo Visual, Tomografías, etc..)**

Si mi seguro es un plan manejado o un plan de AHCCCS, es mi responsabilidad de estar seguro que todas las referencias o autorizaciones necesarias sean obtenidas antes de mi cita. Si la autorización o referencia apropiada no se obtiene, mi cita será cancelada hasta que se obtenga dicha información.

Entiendo que incluso los servicios son pre-autorizados, no todos estos pueden ser cubiertos o pagados por medio de mi aseguranza. Estos servicios pueden incluir campos de visión, refracciones e incluso visitas a la oficina.

Entiendo que soy financiera-mente responsable de cualquier cargo en el que incurra. También entiendo que se agregaran las tarifas correspondientes al saldo de mi cuenta si se e obligado a enviar mi cuenta a una agencia de cobranza externa para cobrar el pago.

- Yo entiendo que tendré un cobro de $75.00 si no me presento en dos visitas. Se requiere una llamada antes de las 24 horas de dicha cita para evitar el cargo.
- Yo entiendo que puede haber un cargo de $100.00 si cambio una cita pre-operativa sin que haya una necesidad médica o recomendación de un médico.
- Yo entiendo que puede haber un cargo de $250 si cambio la fecha de la cirugía sin que haya una necesidad médica o recomendación de un médico.
- Yo entiendo que ABC Children's Eye Specialists **SOLO** factura al seguro médico por citas en la oficina. ABC Children's Eye Specialists **NO** factura al seguro de visión.

Nombre del Paciente: _____

Firma de paciente/guardian:_____

Fecha:_____

Account Number:_____

Today's Date: _____

Notificación de Práctica de Privacidad Médica

Para nuestros pacientes: Esta notificación describe cómo se utiliza su información médica, como paciente de este consultorio, esta pudiera ser utilizada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a la misma. Esto es requerido por la Regulación de Privacidad creada como resultado de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud del ano 1996 (HIPAA).

Nuestro compromiso hacia su privacidad

Nuestro consultorio está obligado a mantener la privacidad de su información médica. Por ley se nos requiere que mantengamos la confidencialidad de su información médica. Entendemos que estas leyes son complicadas, pero es nuestro deber proveer la siguiente información.

Cómo podemos usar y divulgar información acerca de usted

- Información de tratamientos médicos a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, hospitales o personal que estén involucrados en su cuidado médico.
- Podemos discutir información médica con usted, familiares u otras personas autorizadas por usted o de manera legal.
- Podemos dar información médica acerca de usted para proporcionarle servicios y procedimientos para que sean facturados y cobrados por la aseguranza o alguna agencia de tercer partido o simplemente para obtener autorización.
- Podemos proporcionar información suya si es que hay una auditoría, compañías de facturación para uso legal o para revisión interna o externa del consultorio médico.
- Le podemos pedir que firme el consentimiento ese mismo día de su cita. Le podemos llamar y dejar un mensaje, escribir una carta o un correo electrónico para recordarle de una cita o para discutir resultados de exámenes hechos en la oficina o cualquier otra información médica que tengamos para usted.

Las siguientes circunstancias requieren que usemos y divulguemos su información sin su consentimiento.

- A autoridades médicas y organizaciones de supervisión que están autorizadas por la ley.
- Demandas y procedimientos similares en respuesta de corte u orden administrativo.
- Si se requiere por un oficial.
- En caso que se necesite prevenir una amenaza contra su condición médica y seguridad personal o de cualquier otro individuo. Solo daremos información a personal capacitado para prevenir esta amenaza.
- Si usted es un miembro militar de los Estados Unidos (esto incluye veteranos) y si es requerido por las autoridades apropiadas.
- A los oficiales federales de inteligencia y seguridad nacional activa autorizados por la ley.
- A instituciones correccionales si usted o el enfermo está bajo la custodia de un oficial de dicha institución.
- Para remuneración de los trabajadores o programas similares.

Su derecho concerniente a su información médica

- Usted puede pedir que nuestra oficina se comunique con usted concerniente a su salud médica y otros problemas relacionados con la misma. Por ejemplo puede pedir que le llamemos a su casa antes que a su trabajo. Podemos adaptarnos a sus peticiones.
- Usted puede pedir una restricción de su información médica, para tratamiento, pago o alguna otra organización médica. Adicionalmente usted tiene el derecho de pedir que se les de información a individuos involucrados en su cuidado o relacionados con pagos, como familiares y amigos. No estamos obligados a ceder con su petición, sin embargo, si estamos de acuerdo, nosotros estamos obligados a proceder conforme a la ley en caso de emergencias o cuando la información es necesaria para su tratamiento.

- Usted tiene el derecho de verificar y obtener una copia de su historia médica que puede ser utilizada para tomar decisiones, esto incluye todo el expediente médico y facturas.
- Usted puede enmendar su información médica si usted cree que es incorrecto o no está completo, siempre y cuando la información se mantenga con o por nuestra oficina.
- Usted tiene el derecho de recibir una copia de estas pólizas. Puede pedir una copia en cualquier momento a la dirección que aparece arriba. 1010 E. McDowell Road, Suite 301, Phoenix, AZ 85006. 602-222-2234
- Usted tiene el derecho de hacer un reclamo, si usted considera que nuestra póliza de alguna manera ha sido violada, usted puede mandar su queja a la Secretaría de Salud y Servicios Humanitarios. O si usted quiere darnos la queja directamente a nuestra oficina puede hacerlo a la dirección que está arriba.
- Usted tiene derecho de dar autorización para otros propósitos. Nuestra oficina requiere obtener su autorización por escrito para algún otro uso que no esté descrito en esta notificación o permitido de acuerdo a la ley.

Si usted tiene cualquier pregunta respecto a esta notificación o a las Políticas de la Práctica de Privacidad Médica, por favor contáctenos a nuestra oficina en la dirección que se muestra arriba.

Yo afirmo que se me ha presentado una copia de la Políticas de la Práctica de Privacidad Médica de ABC Children's Eye Specialists y autorizo el uso de cualquier tipo de información médica que se me presenta en esta forma.

Nombre del Paciente:_____

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____

Relación con el Paciente: _____ Fecha: _____

Account Number:_____

Today's Date: _____

Fotos del Paciente

En ABC Children's Eye Specialists, tratamos de proveer el mejor servicio posible para todos nuestros pacientes. Tener fotos de pacientes incluidas en el perfil de los pacientes es sólo una de las maneras.

Al firmar abajo, yo afirmo que las fotos de mi hijo no serán usadas para ningún otro propósito que no sea parte de su historial médico en ABC Children's Eye Specialists.

_____

Nombre del Paciente

_____ _____

Firma del Padre/Madre/Guardián Fecha

ABC Children's Eye Specialists

Brendan Cassidy, MD | Rasha Barham, MD | Emily Shortridge, MD | James Plotnik, MD
Nicholas Silvestros, OD | Julia Sewell, OD | Lois Filipelli, OD | Monica LaDouceur, OD
Sara Sillik, OD | Alexa Saul, OD | Jeanette Stromme, OD | Andrew Abela, OD
Christopher Johnson, OD | Julie McCutcheon, OD | Lotus Schifsky, OD | Heba Al-Baiaty, CO

Pediatric Ophthalmology and Strabismus

Account # _____

Liberación de Registros

Yo, _____, autorizo y solicito la liberación de registros medico completo de el paciente _____, que nació en _____.

Nombre de la clínica que solicita registros médicos:_____

_____

Dirección: _____

No. de telefono: _____

No. de fax: _____

Nombre de la clínica que recibe registros:_____

_____

Dirección: _____

No. de telefono: _____

No. de fax: _____

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____

Fecha: _____