

Cuestionario de Historial Médico

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historial de Nacimiento

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? _____

¿Tuvo algún problema con el embarazo?
_____¿Hubo problema durante el parto?
_____**Historial Médico**

Nombre del pediatra: _____

Número de teléfono: _____ Número de Fax: _____

¿Se ha diagnosticado al paciente con problemas médicos? _____

¿Tiene cualquier convulsiones o ataques? _____

¿Lista de medicamentos que se toman todos los días y para qué 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 en el 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? _____

Segunda pagina - Cuestionario de Historial Médico

Nombre del paciente _____

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

Por favor mencione los familiares con cualquier otro diagnóstico: _____

Revisado por: _____ Fecha: _____

Seguro del Paciente y Responsabilidades Financieras

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar TODA información relacionada con mi seguro médico a ABC Children's Eye Specialists. Esto incluye cualquier plan secundario tal como AHCCCS. También entiendo que proveeré a ABC Children's Eye Specialists con la información correcta o de lo contrario seré responsable por el pago y sujeto a un cargo adicional de \$15.00.

También entiendo que se requiere el pago de mi parte el mismo día de el servicio médico. Dependiendo de mi plan de aseguranza, éste debe ser un pago completo, co-pago, cantidad de el deducible, y/o co-aseguranza. Si soy un paciente sin aseguranza, yo entiendo que mi pago debe ser completo el mismo día del servicio médico.

Yo entiendo que si aun no he alcanzado mi deducible será requerido que pague:

- \$100.00 por visita de un paciente ya establecido
- \$125.00 por visita de un paciente nuevo
- \$200.00 por cirugía

La diferencia entre la cantidad pagada y lo cubierto por la aseguranza será reembolsada después de que su aseguranza cobre y revise los servicios rendidos.

Entiendo que se espera que pague el servicio cuando este sea proveído. Dependiendo de mi aseguranza este puede ser co-pago, cantidad de deducible y/o co-aseguranza. Si soy paciente con pago propio (no aseguranza), yo entiendo que mi pago se cobrará a la hora de servicio.

Si mi seguro es un plan manejado o un plan de AHCCCS, es mi responsabilidad de estar seguro que todas las remisiones 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 financieramente yo soy responsable de cualquier cargo contraído por mi. De igual manera entiendo que cualquier honorario apropiado será agregado a mi cuenta y si fuera enviado a una agencia de colección exterior para cobranza.

- Yo entiendo que tendre un cobro de \$50 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 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 mi tarjeta de crédito estará en el record para cobrarse con o sin aviso por cambio de citas sin notificación antes de las 24 horas.

Nombre del paciente: _____ Número de cuenta: _____

Firma de paciente/guardian: _____ Fecha: _____

Notificación de Prácticas 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. Ésto es requerido por la Regulación de Privacidad creada como resultado de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud del año 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 seguridad 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 oficiales federales de inteligencia y seguridad nacional activa autorizada 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 dé 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 pero no incluye las notas de psicoterapia. Usted puede mandar su petición por escrito a:

ABC Children's Eye Specialists
P.O Box 97876
Phoenix Az 85060-7876
602.222.2234

- 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. Para enmendar su petición mande una carta dirigida a:
ABC Children's Eye Specialists
P.O. Box 97876
Phoenix Az 85060-7876
- Usted tiene el derecho de recibir una copia de estas pólizas. Puede pedir una copia en cualquier momento a la dirección que aparece arriba.
- 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 contactenos a nuestra oficina en la dirección que se muestra arriba.

Yo afirmo que se me ha presentado una copia de la Política 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/Guardian: _____

Relación con el Paciente: _____ Fecha: _____

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

Número de Cuenta

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Liberación de Registros

Yo, _____, autorizo y solicito la liberación de el record medico completo de el paciente _____, que nacio en _____ en su posesión para:

ABC Children's Eye Specialists

Fecha: _____

Firma de Padre/Guardián