

La INFORMACION de MATRICULA

Gracias por ayudarnos a actualizar su información personal

La fecha: _____
El Nombre de Paciente: _____
El Sexo: [] M [] F La Edad _____ La Fecha del Nacimiento _____
El Partido Responsable (si un menor): _____ La Relación al Paciente: _____
El Numero Seguridad Social: _____ [] SOLO [] se CASO [] DEJO VIUDA [] SEPERADO [] DIVORCIO
La Dirección: _____ Teléfono de Casa: _____
La Ciudad: _____ El Estado: _____ La Cremallera: _____

Empleó por (El partido responsable si paciente es un menor): _____
La Dirección comercial: _____
El Teléfono del Negocio: _____ La Ocupación: _____
El Nombre de Insured: _____
La Fecha del Nacimiento: _____ El Numero Seguridad Social: _____
Empleó Por: _____ La Ocupación: _____
La Dirección comercial: _____ El Teléfono del Negocio: _____

¿Cómo le hace paga por la visita de hoy? [] Cheque [] el dinero efectivo [] Tarjeta de crédito [] el Seguro
¿Le Hace tiene seguro médico? [] Sí [] No Si sí, completa abajo. [] Medicare [] Medicaid [] Comp de Obrero.
El Nombre primario del Portador del Seguro: _____
El Contrato # _____ El Grupo # _____
Suscriptor # _____ La Fecha del Nacimiento del dueño de cuenta _____
El Nombre Secundario de Portador de Seguro: _____
El Contrato # _____ El Grupo # _____
Suscriptor # _____ La Fecha del Nacimiento del dueño de cuenta _____

¿Tiene usted un plan de la visión? [] Sí [] No Nombre del Plan _____ ID # _____
¿En caso de la emergencia, quién debe ser notificado? _____
El Numero Teléfono _____ La Relación al Paciente: _____

Nombre de su Farmacia: _____ El Numero Teléfono: _____
¿Cómo le hizo aprende de nuestra práctica? _____ Periódico _____ la Amigo/Familia
_____ la Radio _____ T.V.
_____ Empleado _____ Páginas amarillas
_____ OTRO _____

HISTORIA CLINICA

¿Tiene usted el siguiente?

| | | | | |
|------------------------|---------------|--------------------|---------------|-------------------------------|
| La Enfermedad cardíaca | [] Sí [] No | Artritis | [] Sí [] No | Alergias: _____ |
| La Hipertensión | [] Sí [] No | Tiroides Problemas | [] Sí [] No | _____ |
| Diabetes | [] Sí [] No | Cáncer | [] Sí [] No | _____ |
| Enfermedad renal | [] Sí [] No | Seno Problemas | [] Sí [] No | ¿Tomando las Medicinas? |
| La enfermedad pulmonar | [] Sí [] No | Le Hace fuma? | [] Sí [] No | SI SI, POR FAVOR LISTA: _____ |
| SIDA/VIH | [] Sí [] No | Le Hace bebe? | [] Sí [] No | _____ |

¿Le Hace tiene, o ha tenido usted?

| | | | | |
|--------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------|-------|
| El Glaucoma | [] Sí [] No | Diplopía | [] Sí [] No | _____ |
| Cataratas | [] Sí [] No | Enturbió Visión | [] Sí [] No | _____ |
| Conmoción | [] Sí [] No | Ojo Herida [] Sí [] No | Si sí, explica: _____ | _____ |
| La Herida en la cabeza | [] Sí [] No | _____ | _____ | _____ |
| Amblyopia (ojo perezoso) | [] Sí [] No | _____ | _____ | _____ |
| La enfermedad Retinal | [] Sí [] No | _____ | _____ | _____ |
| Se Cansó al leer | [] Sí [] No | Ojo Cirugía [] Sí [] No | Si sí, explica: _____ | _____ |
| Marca en la visión | [] Sí [] No | _____ | _____ | _____ |
| Destellos de de la luz | [] Sí [] No | _____ | _____ | _____ |

¿Otros problemas de ojo ni visión? [] Sí [] No Si sí, la lista: _____
¿Hay cualquier enfermedades de ojo o ceguera en su familia? Si sí, explica: _____

La POLITICA de DILATACION

Nosotros incluimos generalmente la dilatación papilar como parte de su examen. Podemos querer dilatar los ojos que dependiendo de su edad y la fecha de su último examen. La dilatación papilar le da al médico una vista mucho más mejor del interior de los ojos. Hay muchas enfermedades de ojo que no puede ser descubierto sin ver el ojo por ampliar ni alumnos dilatados.

Las gotas para los ojos que utilizamos para este procedimiento pueden hacer los ojos sensibles a la luz del sol. Proporcionamos las gafas de sol para tirar para su consuelo y la seguridad. Esto hará su conduce en casa más cómodo. Sin embargo, algunos pacientes experimentan la visión enturbiada, que puede durar por varias horas, dependiendo de su color individual de ojo.

Si usted se siente incapaz de conducir en casa después de la dilatación, usted puede querer llamar alguien hacer el conducir para usted. Verifique por favor uno de lo Siguiente:

- Concuerto en tener los ojos dilatados hoy.
- Querría reprogramar mi dilatación por otro día.
- Querría discutir este procedimiento con el médico antes de decidir.
- Yo no deseo los ojos dilatados en cualquier caso.

Firmada _____ La Fecha _____

RESPONSABILIDAD Y TAREA FINANCIERAS DE BENEFICIOS de SEGURO

El abajofirmante por la presente autoriza la liberación de cualquier información que relaciona a todos reclamos para beneficios sometidos a favor de yo mismo y/o los dependientes. Concuerto aún más y reconozco que mi firma en este documento autoriza a mi médico para someterse los reclamos para beneficios, para servicios rendidos o para servicios para ser rendido, sin obtener mi firma para cada y cada reclamo para ser sometidos para yo mismo y/o para mis dependientes, y que seré atado por esta firma como si el abajofirmante había firmado personalmente el reclamo particular.

_____ hereby de autoriza a _____
pagar y por la presente para asignar directamente a El Centro del Ojo de Florida del norte todos beneficios, si cualquiera, de otro modo pagadero a mí para sus servicios describí como en las formas conectadas. Reconozco aún más que cualquier beneficios del seguro, cuando recibido por y pagado a El Centro del Ojo de Florida del norte, será acreditado a mi cuenta de acuerdo con el encima de dijo la tarea. COMPRENDO que SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODAS CARGAS CONTRAIDAS.

Firmada _____ La Fecha _____

PARA PACIENTES de MEDICARE SOLO

Esté por favor enterado que el honorario para la refracción (la prueba de una prescripción de lente) no es cubierto por Medicare ni el Medicare Suplementa.

Solicito que ese pago de beneficios autorizados de MEDIGAP es hecho en mi beneficio a los médicos de El Centro de Ojo de Florida del norte para cualquier servicio amueblado a mí por los médicos de El Centro de Ojo de Florida del norte. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí soltar a _____ que cualquier información necesité para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados. Comprendo que yo no necesito para proporcionar mi asegurador suplementario con información con respecto a este reclamo de Medicare, porque mi firmar esta autorización causará que información de pago de Medicare cruce automáticamente.

Firmada _____ La Fecha _____

La AUTORIZACION de la VIDA

Que certifico que la información dada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVII del Acto de Seguridad social es correcto. Autorizo a cualquier poseedor de médico u otra información sobre mí suelta a la Administración de la Seguridad social o sus intermediarios o a los portadores cualquier información necesitada para este o el reclamo relacionado de Medicare. Solicito que el pago de beneficios autorizados es hecho en mi beneficio. Asigno los beneficios pagaderos para servicios de médico al médico o la organización que proporcionan los servicios o autorizan tal a médico u organización a someterse un reclamo al Medicare para el pago para mí.

Firmada _____ La Fecha _____