



DR. HELEN KNISLEY AND ASSOCIATES PATIENT REGISTRATION FORM

Estamos feliz de recibirlos en nuestra oficina. Por favor tome unos minutos para llenar este formulario completo. Si tiene preguntas, nosotros estamos feliz de ayudarle. Estamos a qui para darles el mejor sevicio para mantener la salud de sus ojos. **POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE.**

Fecha de hoy: _____ Cita No cita **Motivo de su visita:** examen para lentes___ examen para lentes de contacto___ visita de doctor___

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido del paciente: _____ Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____
Domicillo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Area postal: _____
teléfono de su casa # () _____ teléfono móvil # () _____ número de seguro social: _____
Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIA

Apellido: _____ Nombre: _____ Sexo: M F Cumpleaños: _____
Número de seguro social: _____
Nombre de Aseguranza: _____ Numero de poliza: _____ Relación con el paciente : Yo Esposo Padre
Domicillo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Area postal: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Apellido _____ Nombre: _____ Sexo: M F Cumpleaños: _____ Número de seguro social: _____
2^{da} Aseguranza: _____ Numero de poliza: _____ Relación con el paciente : Yo Esposo Padre

HISTORIAL DE SUS OJOS

Fecha del último examen de la vista _____ Nombre del médico _____
¿Usted usa anteojos ? Sí No Todo el tiempo Ocasionalmente Para distancia para leer
¿Usted usa lentes de contacto ? Sí No Desechables Diario Para todo la noche Marca ? _____
¿Tienes algún problema con los contactos ? Resequedad Comezón Ojos Rojos Mala visión
¿ Usted usa la computadora? Sí No ¿Cuántas horas / por día ? _____
¿Usted tiene los siguientes sintomas:
Visión borrosa sí no **Ardor en los ojos** sí no **Visión doble** sí no
Los ojos secos sí no **Ojo Cansado** sí no **Dolor de ojos** sí no
Los flotadores sí no **Hay dolores de cabeza** sí no **Sensibilidad a la luz** sí no
Pérdida de la vision sí no **Hay ojos rojos** sí no **Destellos de luz** sí no
Ojos Llorosos sí no **Picazón en los ojos** sí no **Otros:** _____
Ojo lesión / cirugía sí no **Visión distorsionada** sí no
¿Ha tenido alguna cirugía ocular? Sí No **Si contesta que si porque , ¿ Razón** _____
¿Está tomando algún medicamento para los ojos ? Sí No **Si contest que sí oirque , ¿ Razón** _____
Usted tiene historia familiar de? Ceguera Cataratas Glaucoma Ojo flojo o volteado Degeneracion Macular El desprendimiento de retina deficiencia del color

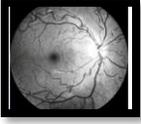
HISTORIA MÉDICA

Fecha del último examen medico: _____ Nombre de su medico: _____
Lista de todos los medicamentos que actualmente toman: _____
¿Es usted alérgico a algún medicamento Si ___ No ___ Nombre de medicamentos que le asen alergias : _____
Fuma usted? ___ Sí ___ No ___ Dejar Dependencia del alcohol o drogas? ___ Sí ___ No ___ Dejar

Compruebe si tiene lo siguiente: ¿Está embarazada ? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Post- parto / enfermería ? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Fiebre / peso de la pérdida / ganancia <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Problemas de la piel <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no DOLORES DE CABEZA Dolores de cabeza / migraña <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Convulsiones <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no ENDOCRINO Diabetes <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no La enfermedad de tiroides <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no OREJAS / nariz / boca / garganta Alergias / fiebre del heno <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Congestión nasal <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Goteo nasal <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Goteo nasal posterior <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	RESPIRATORIA Asma <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Tos crónica <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Garganta seca / boca <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no VASCULAR Enfermedad del corazón / infarto / Cirugía <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Presión arterial alta <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Aneurism <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no GASTROINTESTINAL Diarrea <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Estreñimiento <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no GENITOURINARIO La enfermedad renal / vesical <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Próstata <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Genitales <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	HUESOS / ARTICULACIONES / MÚSCULOS Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no El dolor muscular <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no LINFÁTICO / hematológicos (de la sangre) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Anemia <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Trastornos de la coagulación <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Enfermedad autoinmune (lupus, esclerosis múltiple) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Depresión o ansiedad <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Enfermedades Infecciosas (VIH / Hepatitis / STD) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si la respuesta es sí, por favor explique tratamientos:
--	--	--

¿Tiene antecedentes familiares de ? Colesterol Alto Diabetes Cancer Presión arterial alta Problemas del corazón

DIGITAL DE RETINA FOTOGRAFIA



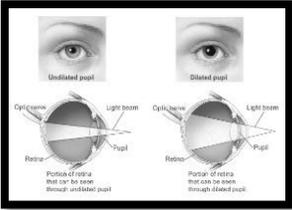
Como parte del examen completo , se recomienda un procedimiento de diagnóstico proyección especial llamado imagen retiniana digital . Este procedimiento de selección consiste en tomar las fotografías digitales de la parte posterior de sus ojos . Las imágenes se pueden ver de inmediato por el médico . Proporciona un campo mucho más amplio de vista que la mayoría de los exámenes de retina dilatada no tradicionales , lo que permitirá al médico para evaluar enfermedades oculares como el glaucoma , la degeneración macular o retinopatía diabética .

La mejor característica es la grabación digital. Dado que las fotos se guardan digitalmente , sirven como documentación de la condición actual de sus ojos , que pueden ayudar en el seguimiento de los cambios en los últimos años se debe nada ocurra en el futuro . Todo el procedimiento dura menos de 3 minutos , y no hay efectos secundarios. El doctor recomienda que todos los pacientes se agan este procedimiento que se realiza para permitir que el doctor utilice las mejores herramientas disponibles para evaluar la salud de los ojos, por lo tanto proporcionar el más alto nivel de los ojos y la atención médica . El cargo por este procedimiento **CON DESCUENTO ES \$ 25.00**

- Deseo tener** fotografía de la retina realizada hoy
 No desea tener fotografía de la retina realizada hoy

PACIENTE O TUTOR FIRMA _____ FECHA _____

DILATACIÓN



La dilatación es un procedimiento de diagnóstico para evaluar la parte posterior de los ojos mediante la dilatación (apertura) de las pupilas . El doctor recomienda la dilatación como parte del examen ocular completo para proporcionar el más alto nivel de cuidado de los ojos en todos los pacientes. Dilataciones se combinan mejor con la fotografía de la retina digitales para evaluar a fondo y registrar la salud de los ojos de forma permanente. La dilatación también se recomienda en niños cuya cooperación se limita durante examen de la vista.

Procedimiento de dilatación consiste en usar gotas para los ojos para abrir las pupilas; efectos secundarios para la mayoría de los pacientes son sensibilidad a la luz y visión borrosa , y suelen durar alrededor de 4-6 horas .

Nosotros recomendamos que alguien mas maneje por usted cuando tiene los ojos dilatados. Si usted experimenta cualquiera de los siguientes síntomas después de la dilatación , busque atención médica inmediata : Rojo / dolor en los ojos / visión borrosa o vaporosa / náuseas o dolor de cabeza . El cargo por este procedimiento es \$ 65.00. Algunas compañías de seguros pueden cubrir procedimiento, preguntenos para más detalles. **PRECIO CON DESCUENTO \$ 45.00**

- Deseo tener** dilatación de la retina realizada hoy
 No desea tener dilatación de la retina realizada hoy

PACIENTE O TUTOR FIRMA _____ FECHA _____

RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FISCAL

Yo _____ Reconosco que la oficina del Dra. Helen Knisley está facturando mi seguro (s) de visión , sólo como cortesía. **Para cualquier o toda razón si mi seguro (s) retrasa o no paga a la oficina de la Dra. Helen Knisley cualquier cantidad o la totalidad de la factura , yo sé que soy el único responsable de todos los cobros de mi factura , incluyendo los honorarios o otros cargos acumulados .**

HIPPA RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida acerca de usted . El Aviso contiene una sección sobre Derechos del paciente describiendo sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento .

Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestra Notificación, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina. Usted tiene el derecho de pedir que limitemos la información de salud protegida sobre usted cómo es usada o divulgada para tratamiento, pago , o de atención médica. No estamos obligados a acceder a esta restricción , pero si lo hacemos , vamos a honrar ese acuerdo. Al firmar este formulario , usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de la información médica protegida acerca de usted para tratamiento, pago y atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento , por escrito , firmada por usted . Sin embargo, dicha revocación no afectará a ninguna revelación que ya hayamos hecho en dependencia de su consentimiento previo. La práctica ofrece este formulario para cumplir con la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA). El paciente entiende que:

- información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para operaciones de tratamiento, pago o atención médica.
- Esta oficina de doctor tiene un Aviso de prácticas de privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso.
- Esta oficina de doctor se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene el derecho de restringir los usos de su información, pero la oficina del doctor no tiene que estar de acuerdo con las restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las revelaciones futuras entonces cesar.
- Esta oficina de doctor podrá cambiar las reglas de tratamiento sobre la ejecución de este Consentimiento .
 - El paciente reconoce que él / ella ha recibido una copia de nuestro folleto prácticas HIPAA.

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR

FECHA