



Dra. Helen Knisley & Associates
Formulario de registro de pacientes

Nos complace darle la bienvenida a nuestra oficina. Tómese unos minutos para completar este formulario de la manera más completa posible. Si tienes alguna duda, estaremos encantados de ayudarte. Esperamos poder brindarle los mejores servicios para mantener la salud de sus ojos. **POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE.**

Fecha: ____/____/____	Propósito de la visita (Círculo): Examen de anteojos / Examen de lentes de contacto / Visita al consultorio	Círculo Uno: Cita /Sin cita
Información del paciente		
Apellido:	Nombre:	MI: Edad: Sexo: M F Cumpleaños:
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono celular: ()	 Otro: ()	 # de Seguro Social:
Ocupación:	 Correo electrónico:	
Información del seguro (si es propio, solo en la línea superior)		
Nombre del seguro:	ID del miembro:	Relación con el paciente: yo/ esposo(a)/padre
Apellido:	Nombre:	 Sexo: M F Cumpleaños:
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono celular: ()	 # de Seguro Social:	
Historia ocular		
Fecha del último examen de la vista: _____ Nombre del médico: _____		
¿Usas gafas?: Sí / No En caso afirmativo: Todo el tiempo / Ocasionalmente / Solo a distancia / Solo lectura		
¿Usas lentes de contacto?: Sí / No En caso afirmativo: Desechables / Diario / Nocturno / Marca: _____		
¿Tienes algún problema con los contactos? Sí/ No En caso afirmativo: Sequedad/ Picazón/ Enrojecimiento/ Otro: _____		
¿Utilizas dispositivos electrónicos? Sí/No En caso afirmativo: ¿Cuántas horas/días? _____		
Encierre en un círculo si experimenta lo siguiente:		
Ojos secos Moscas volantes Ojos llorosos Ojo vago/giro ocular Desprendimiento de retina Cansancio/fatiga ocular		
Ojos rojos Picazón en los ojos Visión doble Destellos de luz Cataratas Glaucoma Degeneración macular		
Otros: _____		
¿Alguna vez ha tenido alguna lesión o cirugía en el ojo? Sí/ No En caso afirmativo, ¿por qué? _____		
¿Está tomando algún medicamento para los ojos? Sí/ No En caso afirmativo, ¿por qué? _____		
¿Tiene antecedentes familiares de: Ceguera Cataratas Glaucoma Ojo vago/giro ocular Degeneración macular Desprendimiento de retina		
Deficiencia de color		
Historial médico		
Fecha del último examen: _____ Nombre del médico: _____		
Lista de todos los medicamentos que toma actualmente: _____		
¿Eres alérgico a algún medicamento? Sí/ No Enumere todas las alergias a medicamentos: _____		
¿Usted fuma? Sí/ No/ ¿Dejar el alcohol o las drogas? Sí/ No/ Salir		
Encierre en un círculo si experimenta lo siguiente:		
Embarazada Posparto/lactancia Dolores de cabeza/migrañas Convulsiones Diabetes Enfermedad de la tiroides		
Alergias/ fiebre del heno Asma Enfermedad cardíaca/Ataque cardíaco Cirugía cardíaca Presión arterial alta		
Aneurisma Colesterol alto Enfermedad de riñón/vejiga Próstata Artritis reumatoide Anemia Trastorno		
hemorrágico Depresión/ansiedad Enfermedad autoinmune (Lupus/EM) VIH/ Hepatitis/ ETS Cáncer		
Otros: _____		
¿Tiene antecedentes familiares de: Accidente cerebrovascular Colesterol Cáncer Diabetes Presión arterial alta		

Mapa de Optos

Como parte del examen completo, el médico recomienda un procedimiento de diagnóstico de detección especial llamado imágenes digitales de la retina. Este procedimiento de detección consiste en tomar fotografías digitales de la parte posterior de los ojos. Las imágenes pueden ser vistas inmediatamente por el médico. Proporciona un campo de visión mucho más amplio que la mayoría de los exámenes tradicionales de retina no dilatada, lo que permite al médico evaluar enfermedades oculares como el glaucoma, la degeneración macular o la retinopatía diabética. La mejor característica es la grabación digital. Dado que las fotos se guardan digitalmente, sirven como documentación del estado actual de sus ojos, lo que puede ayudar en el seguimiento de cualquier cambio a lo largo de los años en caso de que ocurra algo en el futuro. Todo el procedimiento dura menos de 3 minutos y no hay efectos secundarios. **El costo de este procedimiento es de \$25.00.**

- SÍ**, deseo que Optos Map se realice hoy.
 NO, no deseo que Optos Map se realice hoy.

Firma del paciente o padre _____ Fecha: _____

Dilatación

La dilatación es un procedimiento de diagnóstico para evaluar la parte posterior de los ojos mediante la dilatación (apertura) de las pupilas. La dilatación se recomienda en niños cuya cooperación es limitada durante el examen ocular. El procedimiento de dilatación consiste en el uso de colirios para abrir las pupilas; Los efectos secundarios para la mayoría de los pacientes son sensibilidad a la luz y visión borrosa, y suelen durar entre 4 y 6 horas. **Le recomendamos encarecidamente que le pida a alguien que le lleve cuando tenga los ojos dilatados.** Si experimenta alguno o de los siguientes síntomas después de la dilatación, busque atención médica inmediata: Enrojecimiento / dolor en los ojos / visión borrosa o vaporosa / náuseas o dolor de cabeza. El costo por este trámite es de \$65.00. Algunas compañías de seguros pueden cubrir el procedimiento, pregunte a la oficina para obtener más detalles. Sin seguro **EL PRECIO CON DESCUENTO es de \$ 45.00**

- SÍ**, deseo que me realicen la dilatación hoy.
 NO, no deseo que me hagan una dilatación hoy.

Firma del paciente o padre _____ Fecha: _____

Reconocimiento de Responsabilidad Financiera

Yo, _____ reconozco que el consultorio de la Dra. Helen Knisley está facturando mi(s) seguro(s) de la vista solo como cortesía. **Por cualquier motivo, si mi(s) seguro(s) se retrasa(n) o no paga al consultorio de la Dra. Helen Knisley por alguna o todas mis facturas, sé que soy el único responsable de todas mis facturas, incluidas las tarifas o cualquier otra tarifa acumulada. Entiendo que no hay reembolsos en servicios rendido.**

Reconocimiento y consentimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. El Aviso contiene una sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina. Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que se usa o divulga la información médica protegida sobre usted para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos ese acuerdo. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará a ninguna divulgación que ya hayamos realizado en función de su consentimiento previo. La Práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que:

- La información médica protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- El Consultorio tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este Aviso.
- La Práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero el consultorio no tiene que estar de acuerdo con las restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.
- La Práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este Consentimiento.
- El paciente reconoce que ha recibido una copia de nuestras prácticas de HIPAA.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente/padre: _____ Fecha: _____