

Cuestionario Del Paciente

Apellido----- Nombre-----Mi:-----

Direccion:----- Apt#:----- Ciudad:-----Codigo Postal-----Telefono:(c)----- (W)-----

Fecha de nacimiento:-----/-----/----- Numero de seguro social-----

Genero: F/ M Estado Civil: Soltero/ra Casado/da Divorciado/da Viudo/da

Compania de seguros:----- ID#-----Los titulares de polizas Nombre:----- Fecha de nacimiento----/----/----

Informacion Medical

TIENE PROBLEMAS CON EL SIGUIENTE:

Oido,nariz,boca o garganta	Y/N	Titoides ,Glandulas Otros	Y/N
El asma, la bronquitis cronica	Y/N	Psiquiatria/Mental	Y/N
Enfiaseama	Y/N	Dolores de cabeza,Migranas	Y/N
Colesterol	Y/N	Convulsiones	Y/N
Enfermadad Cardiaca/Vascular	Y/N	Fiebre	Y/N
Presion arterial alta	Y/N	Problemas de la piel	Y/N
Rinon,vejiga,Genitales	Y/N	Alergias	Y/N
La anemia,problemas de sangrado	Y/N	Diabetes	Y/N
Diabetes	Y/N		

Alergica a medicamentos:-----Lista de todos los medicamentos actuales-----

Lista de todos lesiones mayor/ cirugia usted ha tenide-----Fuma cigarillos/Tabaco: Y/N Alcohol:Y/N Drogas Ilegales:Y/N

Ha estado alguna vez expuesto/Infectados con: Gonorrea Hepatitis Hiv Syphillis

Nombre y telefono de medico de familia----- Ultima visita----/-----/--

Historial Personal de Ojos

Tiene Usted: Glaucoma, Cataratas, Vision Borrosa, Vision Doble, Ojos secos, Dolor de Ojos Enrojecimiento, Ardor, Intermitente/Flotadores, Picazon Sensibilidad a la luz

Historia Familiar

Alta Presion, arterial Macular Degeneracion, Diabetes, Retinal Destacamento, Glaucoma, Cataratas Si es asi,quien en la familia:-----
Asignacion y Liberacion Yo certifico que mis coberturas de seguros es con----- y asignar directamente a Truway Vision Care todos los beneficios del seguro por el servicio prestado. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro.Por la presente autorizo cuidado de TRUWAY VISION CARE para liberar toda la informacion necesaria para asegurar el pago de las prestaciones.Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Responsable firma partido----- Fecha----/-----/-----

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD ACKNOLEGDEMENT

ENTIENDO QUE BAJO EL SEGURO DE SALUD PORTANILITY Y ACCOUNABILITY ACT DE 1996 (HIPAA)

Tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi informacion medica protegida.Yo entiendo que esta informacion puede y sera usada para:

- Planes de conducta y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los multiples proveedores de salud que quizas involucrados en que el tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores
- Realizar operaciones normales Healthcare como evaluaciones de calidad y certificaciones medicas.

Reconozco que he recibido su notificacion de practicas de privacidad que contienen una descripcion mas completa de los usos y revelaciones de mi informacion de salud . Entiendo que este origen tiene el derecho de cambiar su aviso de las practicas de privacidad de vez en cuando y que puedo contactar esta organizacion en cualquier momento a la direccion anterior para obtener una copia actual del aviso de practicas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restringe como se usa o divulga mi informacion privada para llevar a cabo el tratamiento , pago u operaciones de atencio de la salud ; tambien entiendo que no estan obligados a estar de acuerdo con mis solicitar restricciones,pero si no esta de acuerdo,entonces estan obligados a cumplir con tal restriccion.

Nombre del paciente:-----

Relacion con el paciente:-----

Firma:-----

Fecha:-----

Oficina Solo Uso

Se trato de obtener la firma pacientes en recononimiento de este aviso de practicas de privacidad reconocer,pero era incapaz de hacerlo como se documenta a continuacion:

Fecha----- Iniciales----- La razon-----

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

- Copagos debido al momento del servicio
- Responsable de cualquier deducibles o reclamo rechazado por su segura.
- Verificar si usted necesita una referencia para su visita con un seguro o medico de atencion primaria
- Informarnos de cualquier cambio de direccion,numero de telefono ,y/o del seguro
- Ningun reembolso en ordenes de cualquier materiales puestas despues de 24 horas.
- La oficina no es responsable por ninguna ordenes que no haya sido recogidos despues de 1 mes.
- Paciente perdera ambos deposito y orden despues de 1 mes si no le recoge.
- Paciente sera responsable par cualquier pago de re-examination luego de 3 meses de haber recogido los lentes de contactos.