

HOJA DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO COMPLETAMENTE

Sr. Sra. Srta.: _____ Fecha de Hoy: ____/____/____

Teléfono: _____ Celular: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: M F Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Número de Seguro Social: ____-____-____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Age: _____

Contacto de emergencia 1: _____ Teléfono: _____ Relation: _____

Contacto de emergencia 2 : _____ Teléfono: _____ Relation: _____

Empleador del Pacientes: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ State: _____ Código Postal: _____ Teléfono del trabajo: _____

Ocupación: _____ Jubilado/a: Sí No

Esposo/a del Pacientes: _____ Teléfono: _____

Número de Seguro Social: ____-____-____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Age: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Phone: _____

Ocupación: _____ Jubilado/a: Sí No

Referido por: _____ Teléfono: _____ Doctor Familiar: _____ Teléfono: _____

Seguros: Por favor escriba el suscriptor de la póliza en caso de que no sea el paciente. Liste principal de su compañía de seguros en primer lugar.

Primaria (1): _____ Numero de Póliza: _____

Dirección: _____ Numero de Grupo: _____

Suscriptor: _____ Patient Spouse

Secundario (2): _____ Numero de Poliza: _____

Dirección: _____ Numero de Grupo _____

Suscriptor: _____ Patient Spouse

➤ Yo autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para al proceso de reclamaciones:

Firma del Paciente: ✕ _____ /____/____
Fecha

➤ Yo autorizo la liberación de pago de las prestaciones médicas a mi medico:

Firma del Paciente: ✕ _____ /____/____
Fecha

CUESTIONARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre: _____

Fecha: ____/____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha del último examen de la vista: ____/____/____

Lista de los medicamentos que toma actualmente (Rx y en el mostrador): _____

Tiene alguna **alergia** a algún medicamento? **SI** **NO**

En caso afirmativo, liste los medicamentos: _____

Liste toda enfermedad mayor (glaucoma, diabetes, alta presión arterial, ataques cardíacos, etc) o **lesiones** (concusión etc.): _____

Liste cualquier **cirugía** que haya tenido (catarata, apendicectomía): _____

Tiene algún problema en las áreas siguientes? En caso afirmativo, favor de proveer información adicional.

	SI	NO	Detalles
OJOS (mala visión, dolor ocular, lagrimeo, enrojecimiento, etc.)			
GENERAL / CONSTITUCIONAL (fiebre, insolación, pérdida de peso, subir de peso, usualmente cansado)			
Orejas, nariz, garganta (problemas para oír, nariz congestionada, dolor de oído, tos, sequedad de boca, etc.)			
CARDIOVASCULAR (alta presión, pulso rápido, etc.)			
RESPIRATORIO (congestión, respiración sibilante, falta de aliento, etc.)			
GASTROINTESTINAL (malestar estomacal, diarrea, estreñimiento, hernias, úlceras, etc.)			
GENITALES riñón, vejiga (problemas con la orina, frecuencia urinaria, impotencia, ictericia amarilla, etc.)			
MUJERES ¿Está embarazada? Amamantando?			
Músculos, huesos, articulaciones (dolor articular, rigidez, hinchazón, calambres, artritis, etc.)			
PIEL (granos, verrugas, ronchas, erupción, etc.)			
NEUROLOGICAS (entumecimiento, dolor de cabeza, convulsiones, parálisis, etc.)			
PSIQUIATRICOS (ansiedad, depresión, insomnio),			
Endocrinos (diabetes, hipotiroidismo, etc.)			
SANGRE / linfáticos (sangrado, colestolemis, anemia, problemas relacionados con la transfusión sanguínea, etc.)			
Alérgica / inmunológicas (estornudos, hinchazón, enrojecimiento, comezón, urticaria, lupus, etc.)			

HISTORIA FAMILIAR

(Madre, Padre, Abuelo/a, Hermano/a)

Algun miembro de su familia ha tenido estas enfermedades (marque todas las que apliquen)? **SI** **NO** **DESCONOCIDO**

Ciegedad **Cataratas** **Glaucoma** **Diabetes** **Hipertensión** **Enfermedad del Corazón** **Derrames Cerebrales**

Cáncer **Enfermedad de la Tiroides** **Artritis** otras enfermedades hereditarias: _____

HISTORIA SOCIAL

Limita su visión algunas actividades de vida diaria (conducir, leer, deportes, trabajo, etc)?..... **SI** **NO**

Ha tenido alguna vez una transfusión de sangre ?..... **SI** **NO**

Bébe alcohol?..... **SI** **NO** Cuánto? _____ diariamente semanalmente por mes

Fuma ?..... **SI** **NO** Cuánto? _____ : día semana

Si al respuesta es si, cuántos años a fumado? _____ **Renuncie** _____ año meses ase dias

FIRMA DEL MEDICO: _____

Murad A. Sunalp, M.D.

FECHA: ____/____/____

MURAD A. SUNALP, M.D.
SUNALP VISION CENTER
880 E MERRITT AVE., SUITE 109
TULARE, CA 93274

Nombre Del Paciente: _____

Fecha: ____/____/____

POLÍTICA FINANCIERA

Si la atención de la salud son en parte los gastos pagados en virtud de un plan de seguro, esta oficina requiere que usted pague cualquier **deducible** o **co-pago** en el momento del servicio. Le enviaremos la factura a usted plan para usted en la parte de su factura cubierto por el seguro que usted. Sin embargo, si un plan con el que yo no contrato, pedimos el pago en su totalidad en el momento del servicio. El Dr. Sunalp es un proveedor participante de Medicare.

Una copia de su tarjeta de aseguransa es necesaria en el momento de su primera cita. Esta información se mantendrá en su expediente médico. En el caso que la cirugía es necesaria, la verificación de los beneficios se obtendrán.

Esta oficina se factura directamente a su plan como un servicio a usted, pero no en sustitución de su responsabilidad primordial para el pago. Cargos, que no son pagado por la aseguransa, seran la **responsabilidad del paciente**. Usted recibirá una declaración cada vez que hay un saldo pendiente. Todos los saldos de los pacientes, deben de ser pagados dentro de treinta (30) días de recibir la declaración. Habrá un cargo de \$25.00 para todos los cheques devueltos.

Por favor, recuerde que los servicios médicos se prestan a cada paciente en las peticiones de la paciente, por lo que cada paciente es responsable para el pago a nosotros. Las solicitudes de métodos alternativos de pago serán revisados de forma individual. Se hará todo lo posible para llegar a un acuerdo sobre el método de pago.

Si tiene alguna preguntas o inquietudes acerca de usted o su cuenta de seguro, por favor llame a nuestra oficina (559) 688-2020. Estaremos encantados de ayudarle en cualquier manera.

He leído la política anterior y se compromete a cumplir con sus disposiciones. Entiendo que si estoy cubierto por un plan de seguro, le enviaremos la factura a la oficina directamente como una utilidad para mí, pero que seguirá siendo personalmente responsable de todos los cargos por los servicios prestados hasta que sean pagadas en su totalidad.

NOMBRE DE POLIZA: _____ NÚMERO DE POLIZA: _____

FIRMA DEL PACIENTE: ✕ _____ FECHA: ____/____/____

MURAD A. SUNALP, M.D.
SUNALP VISION CENTER
880 E MERRITT AVE., SUITE 109
TULARE, CA 93274

AVISO DE PRÁCTICAS DE RECONOCIMIENTO

Yo entiendo que, bajo la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 ("HIPPA"), tengo ciertos derechos a la intimidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizado para:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento de uno de los múltiples proveedores de servicios de salud que pueden estar implicados en el tratamiento, directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros contribuyentes.
- Conducta normal de las operaciones de cuidado de la salud, tales como evaluaciones de la calidad y certificaciones médico.

He recibido, leído y entendido usted aviso de prácticas de privacidad contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de tiempo y que pueden ponerse en contacto con esta organización en cualquier momento en la dirección de arriba para obtener una copia de la Notificación de prácticas de privacidad.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restringir cómo mi información sea utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, el pago de las operaciones de cuidado de salud, yo también Entendemos que no están obligados a estar de acuerdo con mi pedido restricciones, pero si lo hace de acuerdo entonces están obligados a cumplir dicha restricción,

Nombre del Paciente _____

Relación con el Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE

He tratado de obtener el reconocimiento de la firma en los pacientes en este Aviso de Prácticas de Reconocimiento, pero no pudo hacerlo por la documentación siguiente:

Date:	Initials:	Reason:
-------	-----------	---------