

Palm Beach Eye Clinic

Primer Nombre: _____ último Nombre: _____

por favor marque: masculino or femenino Número de seguridad social: _____

Idioma principal: _____ Raza: _____

Fecha de nacimiento: _____ Años: _____

etnicidad: Non Hispano Hispano or Latino se negó a informar

Dirección: _____

ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

otra dirección: _____

ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____

Número Celular: _____ casa: _____ otra: _____

dirección de correo electrónico: _____

nombre de la farmacia: _____ número de teléfono: _____

ubicación de la farmacia: _____

nombre del doctor primario: _____ número: _____

nombre del contacto de emergencia: _____ número: _____

referido por el doctor: _____ número: _____

Tomador/Información para Padres

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Relación con el asegurado: _____ número de teléfono: _____

X _____

Firma del paciente

Fecha

Palm Beach Eye Clinic

Historial Médico

1. ¿Por qué razón estás viendo el médico? _____

2. ¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad ocular grave u operaciones? **Y or N**
En caso afirmativo, por favor listar y dar fechas aproximadas:

¿Ha tenido lesiones oculares graves o infecciones oculares?: **Y or N**

3. ¿Tienes un historial familiar de:
a. Glaucoma **Y or N**
b. Diabetes **Y or N**
c. Degeneración Macular **Y or N**
d. Desprendimientos de retina **Y or N**

4. ¿Ha tenido o ha sido diagnosticado con:
a. Ataque al corazón o problemas serios **Y or N**
b. problemas pulmonares **Y or N**
c. Carrera (stroke) **Y or N**
d. Diabetes **Y or N**
e. Presion arterial alta (HBP) **Y or N**
f. Como inmuno-comprometido **Y or N**
g. Colesterol Alto (high) **Y or N**
h. Colesterol bajo (low) **Y or N**
i. Hipertensión **Y or N**
j. Hipotension **Y or N**

5. ¿Alguna vez has fumado? **Y or N** Por favor circule: corriente o ex
Si es así, ¿cuántos paquetes al día? _____

6. Uso de alcohol: **ninguna Social moderar excesivo**

7. Uso de sustancias: **ninguna Social moderar excesivo**

8. Enumere todos sus medicamentos, gotas para los ojos y vitaminas con la dosis y frecuencia: _____

9. Enumere sus alergias o sensibilidades y reacciones a los medicamentos.: _____

10. Enumere otras operaciones importantes que haya tenido:

11. He hecho provisiones para un testamento vital y / o directivas anticipadas **Y or N**

Palm Beach Eye Clinic

Por la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Andre J. Golino M.D. y Assoc., P.A., Nunzio Sossi M.D., Joseph Nezgoda M.D. Por la presente autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar la misma información a la Administración de Financiación de la Atención Médica, a sus agencias relacionadas o a mi aseguradora privada.

Las gotas de dilatación se usan para dilatar o agrandar las pupilas del ojo para permitir que el oftalmólogo obtenga una mejor vista del interior de su ojo. Las gotas dilatadoras frecuentemente confunden la visión durante un período de tiempo que varía de persona a persona y puede hacer que las luces brillantes sean molestas. (Las gafas de sol son muy útiles) Su oftalmólogo no puede predecir qué tanto se verá afectada su visión. Debido a que conducir puede ser difícil inmediatamente después de un examen, es mejor si hace arreglos para no conducir. Reacciones adversas, como el glaucoma agudo de ángulo cerrado, pueden ser provocadas por las gotas dilatadoras. Esto es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata. Por la presente autorizo al Dr. Nunzio Sossi, al Dr. Joseph Nezgoda y a sus técnicos a administrar gotas para dilatar los ojos. Las gotas para los ojos son necesarias para diagnosticar mi condición.

Si mi seguro niega el pago o si mi seguro no cubre mi atención en Palm Beach Eye Clinic, acepto pagar personalmente por todos los servicios prestados. Reconozco que es mi responsabilidad conocer la cobertura de mi seguro e informar a Palm Beach Eye Clinic sobre los cambios en mi cobertura.

Servicios no cubiertos: entiendo que ciertos servicios, incluidas las **REFRACCIONES** (determinación de la receta para anteojos y lentes de contacto) son servicios no cubiertos y **el pago se realizará en la fecha del servicio.**

Servicios cubiertos: entiendo que todos los seguros, Medicare, PPO y HMO tienen un deducible y un copago, que no cubren. Estos deducibles y copagos son mi responsabilidad directa y los pagaré en el momento en que se presten los servicios. I hereby acknowledge that I have been presented with a copy of Palm Beach Eye Clinic's "Notice of Privacy Practices".

Recargas y mensajes: Si necesita una renovación de sus recetas, será transferido a la estación técnica y se le pedirá que deje un mensaje. Los mensajes que se dejen después de las 12:00 se manejarán el siguiente día hábil. Para asegurarse de no quedarse sin sus medicamentos, le sugerimos que lo llame 3 días antes de su última dosis.

Horas de operación: Un médico está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para atender las necesidades URGENTES de los pacientes para los pacientes establecidos de la Clínica de Ojos de Palm Beach. Si cree que debe hablar con un médico y no puede esperar para ponerse en contacto con el médico durante las horas normales de trabajo, que son los lunes, martes, miércoles y viernes de 8:30 a.m. a 4:00 p.m. y los jueves 8:30-3:00, entonces puede comunicarse con el médico de guardia llamando a nuestro número de la oficina principal al 561-832-6113. Nuestro mensaje de espera le indicará cómo transferirse al médico de guardia. El médico de guardia responderá a la llamada de los pacientes dentro de los 30 minutos. Si está experimentando una emergencia médica, llame al 911.

Doy permiso a Palm Beach Eye Clinic para divulgar mi información médica a lo siguiente:

Nombre _____
número de teléfono _____
relación _____

Nombre _____
número de teléfono _____
relación _____

He leído y recibido todas las políticas anteriores.

X

Paciente o autorización para firmar la firma del paciente

Fecha