1031 W. Chapman Ave #204, Orange CA 92868
2200 E. Fruit St. Suite 101, Santa Ana CA 92701

714-997-7000

Información Personal

Nombre del Paciente: _____
Apellido *Primer Nombre* *Segundo Nombre*

Domicilio: _____
Dirección *Apartamento*

_____
Ciudad *Estado* *Codigo Postal*

Numero De Telefono: **( )** _____ Teléfono cellular: **( )** _____

Numero de Licencia de Conducir: **Correo electronico:**

Número de Seguro Social o de ID Gobierno: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Estado civil: _____

Sexo Genero (circule uno) Masculino Femenino Desconocido

Occupacion: **Empleador:**

Doctor Primario **Teléfono:**

¿Tiene usted un optometrista? **S / N** Nombre de optometista: _____

Información de Aseguranza
(Por favor, complete información de seguro y entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista frente)

Nombre del Asegurado Principal y Fecha de Nacimiento:

Aseguradora:

En Caso de Emergencia

Nombre completo**:** _____
Apellido *Primer Nombre* *Segundo Nombre*

Numero De Telefono: **( )** _____ Teléfono alternativo: **( )** _____

Relación: _____

Datos Demográficos Del Paciente

Estamos obligados por ley federal a solicitar la siguiente información:

1. **¿Cuál es su género?**
   Hombre Mujer

2. **¿Cuál es su fecha de nacimiento?**_____
   (mes / día / año)

3. **¿Cuál es su raza?**
   __Indio Americano / Alaska indio
   __Asiático
   __Afro-Americano
   __Hispano
   Nativo de Hawaii / Islas del Pacífico
   __Negarse a Informe / no declarada Caucásico
   __Otro, Por favor especificar:_____
   Me niego a contestar.

4. **¿Cuál es su origen étnico?**
   Hispano/Latino No-Hispano/No-Latino Me niego a contestar

5. **¿Cuál es su idioma preferido**
   __Inglés
   __Español
   Otro , Por favor especificar:_____

6. **¿Es usted diabético (han sido diagnosticados con Diabetes Mellitus)?**
   Si No No estoy seguro, posiblemente

7. **¿Fuma usted?**
   ☐ Fuma todos los días
   ☐ Nunca ha fumado
   ☐ Actual algún día Fumador
   ☐ Ex fumador

MD EyeCare

Historia Clínica del Paciente

1. ¿Cuál es la razón principal de su visita de hoy? (CC)

2. Alergias a Medicamentos

Por favor escriba los medicamentos y su reaccion:

3. Historia Ocular

Por favor escribe qualquier problema del ojo que haya tenido:

4. Historia Quirurgica Ocular

Por favor indique si ha tenido cirugía ocular:

5. Historia de la Medicina

Por favor, anote todos los medicamentos que esté tomando, incluyendo gotas por los ojos, y suplementos de hierbas.

6. Historial Médico

Por favor escriba cualquier problema médico que tenga o haya tenido.

7. Historia quirúrgica

Por favor, escriba cualquier cirugía, de cualquier tipo, que usted ha tenido. Por favor, indique el año de la cirugía.

8. Historia Familiar

Por favor, indique si usted tiene algún antecedente familiar.

9. Situaciones Especiales

¿Está embarazada?	No	Sí
¿Está usted posiblemente embarazada?	No	Sí
¿Está dando el pecho?	No	Sí

MDEyeCare

Forma de Responsibilidad Financiera

Yo, el abajo firmante a continuación, solicitar que el pago de beneficios autorizados de seguros médicos se hagan en mi nombre al MD EyeCare para los servicios proporcionados a mí por cualquier proveedor asociado con MD EYECARE. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberar a la administración de seguro médico adecuado y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mis peticiones de firmas que el pago sea hecho y autoriza la divulgación de información médica necesaria para pagar el reclamo. Si otro seguro de salud se indica en el punto 9 del formulario HCFA 1500 o en otra parte de los formularios de solicitud de otro modo, mi firma autoriza la liberación de la información a la compañía de seguros o agencia de muestra.

Si es así determinado por un contrato escrito entre MD EYECARE y mi compañía de seguros médicos, a continuación, MD EYECARE acepta la determinación de la carga de la compañía de seguros como la carga completa, y yo soy responsable sólo por el deducible, coaseguro, y los servicios no cubiertos. Coaseguro y deducible se basan en la determinación de la carga de la compañía de seguros médicos. Si no existe ningún contrato entre el MD EYECARE y mi seguro, entonces estoy de acuerdo para aceptar la plena responsabilidad de la diferencia entre el reembolso del seguro recibido por MD EYECARE y los cargos por los servicios prestados.

Si declaro que tengo seguro médico, acepto la responsabilidad de todos los cargos por los servicios prestados a mí por MD EYECARE en el caso de que se determinó que no era elegible o está autorizado para recibir tales servicios en el momento del servicio.

Si proporcionan información de seguro que es incorrecta o no válida, acepto la responsabilidad por el pago de los servicios. Entiendo que en el momento del servicio, yo soy responsable por el pago total de los copagos, fuera de la red de los costos de visita, antes de saldos pendientes, deducibles y coaseguros.

Si no paga el saldo adeudado en su totalidad en el momento del servicio, estoy de acuerdo en que una tarifa de conveniencia de $ 25 será agregado a mi saldo a pagar. La cuota de conveniencia se puede renunciar a la discreción de MD EYECARE.

Si no cumplo con mis obligaciones financieras con MD EYECARE, se me enviará las facturas por escrito detallando mis obligaciones. A discreción del MD EYECARE, mi cuenta puede ser referido a una agencia de cobro por no limpiar un saldo pendiente. **Si se me refiere a las colecciones, un $ 95 colecciones / tarifa de facturación será añadido a mi saldo a pagar, junto con los gastos (incluyendo honorarios de abogados, costos de tribunales, y los honorarios de presentación) necesarias para obligar al pago de la cantidad adeudada.**

MD EyeCare acepta efectivo y tarjetas de crédito. Se aceptan cheques personales de los pacientes establecidos, y nunca se aceptó para los nuevos pacientes. **Si un cheque personal es devuelto por el banco por cualquier razón, voy a ser responsable de un cargo por cheque devuelto de $ 45,** que incluye el banco está cargo por cheque devuelto y los gastos de las oficinas administrativas en el manejo de un cheque devuelto. Una copia de esta política está disponible para mí en mi solicitud.

Firma del Paciente:_____ **Fecha:**_____

MD EyeCare

1031 W Chapman Ave
Suite 204
Orange CA 92868
714-997-7000
FAX 714-538-1142

2200 E Fruit St
Suite 101
Santa Ana CA 92701
714-558-8666
Fax 714-558-6966

1. **Nuestra oficina cobra por las citas perdidas.**

Si debe cancelar o reprogramar su cita, MDEyeCare requiere que lo haga con al menos 2 días de negocio de anticipación.

De lo contrario, se cobrará una tarifa de $50 directamente al paciente.

Acepto una tarifa de $ 50 si cancelo o reprogramo mi cita sin un aviso de 2 días de negocio.

2. **¿Tiene una Directiva Anticipada? Estamos obligados por mandato federal a recopilar esta información.**

Círcule, una opción.

Sí No No sé, o me niego a decirlo

¿Qué es una Directiva Anticipada? Es un documento escrito que indica a sus proveedores de atención médica quién debe hablar en su nombre y qué decisiones médicas deben tomar en caso de que usted no pueda hablar por sí mismo.

Firma del paciente Fecha

_____ _____