

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE NUEVO

Nombre	Initial	Apellido	Sufijo	Sexo: H / M
Dirección			Fecha de Nacimiento	
Ciudad	Estado	Codigo Postal		
Idioma Preferido	Raza <input type="checkbox"/> Indio o de Alaska Indígena de América <input type="checkbox"/> Negro / Afro Americano			
Etnicidad <input type="checkbox"/> Origen Hispánico <input type="checkbox"/> No de Origen Hispano	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Blanco			
Casa #	Trabajo #	Celular #		
Seguro Social #	Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W	Correo Electronico		
Nombre del Empleador, Dirección / Ocupación				
Nombre del Contacto de Emergencia	Teléfono #	Relación		
Médico Refiriente / Nombre del Grupo	Teléfono #	Ciudad		
Médico de Atención Primaria	Teléfono #	Ciudad		
Persona financieramente responsable (si es diferente del paciente)				
Dirección de la persona responsable:			Teléfono #	
*** ¿Reside usted actualmente en un centro de Enfermería Especializada o Centro de Rehabilitación?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso Afirmativo, Nombre y Dirección del Centro			Teléfono #	
INFORMACIÓN DEL SEGURO				
Seguro Primario :	Nombre del titular de la Póliza:	Fecha de Nacimiento: Sexo: H / M		
Dirección:				
ID #:	Grupo #:	Fecha de Vigencia:		
Seguro Secundario:	Nombre del titular de la Póliza:	Fecha de Nacimiento: Sexo: H / M		
Dirección:				
ID #:	Grupo #:	Fecha de Vigencia:		

DECLARACIÓN POLÍTICA FINANCIERA

Bienvenidos al Centro de Retina de Nueva Jersey. Gracias por elegir a nuestra práctica para su atención médica. Estamos comprometidos a ofrecerle los servicios de mayor calidad disponibles. Por favor lea y firme la siguiente política. Si estamos contratado con su compañía de seguros, vamos a aceptar la asignación. Todos los copagos, coaseguros y deducibles se deben pagar al momento del servicio. El no proporcionar las referencias necesarias o la información correcta resultará en todos los cargos por los servicios, la exclusiva responsabilidad del paciente / garante. Usted será responsable de los saldos no cubiertos por su seguro. Se le cobrará un cargo de \$35 si su cheque es devuelto por su banco. Nuestra política de "no show" y cancelación es la siguiente: A la primera ocurrencia se le cobrará una tarifa de \$25. Segunda ocurrencia al paciente se le cobrará una tarifa de \$35. A la tercera ocurrencia se le cobrará al paciente una tarifa de \$50. Al paciente se le podría cobrar el precio completo de la visita programada por cualquier evento adicional de "no show" y/o cualquier cancelación dentro de un período de 24 horas de la cita programada.

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

HIPAA - Esta oficina cumple con todos los aspectos indicado en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y nuestra política de privacidad será en cumplimiento con todas las leyes y reglamentos pertinentes.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Por la presente autorizo al Centro de Retina de NJ para solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios prestados. Autorizo que los pagos de Medicare, Medigap, y/o cualquier otra compañía de seguros sean remitidos directamente al Centro de Retina de NJ. Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para esta y/o cualquier reclamo a el seguro nombrado anteriormente o en caso de beneficios de la Parte B de Medicare.

Por la presente declaro que me han dado y he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Enfermedades y Cirugía de la Retina, Mácula y Vítreo

Patrick M. Higgins, M.D. ♦ Kurt T. Jackson, M.D. ♦ Lauren A. Kallina, M.D.
Lee M. Angioletti, M.D. ♦ Justin Gutman, M.D. ♦ Louis V. Angioletti, Jr., M.D.

AVISO DE HIPAA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Consentimiento de Privacidad

Entiendo que el Center de Retina de New Jersey, LLC, "Aviso de Prácticas de Privacidad" proporciona cómo va usarse y divulgarse información sobre mi salud. La sección de "Los derechos del paciente" describe mis derechos bajo la ley. Tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que este aviso puede cambiar y que puedo pedirle una copia revisada.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que restrinjamos como protegida de la salud se divulga información sobre mí para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Entiendo que Center de Retina de New Jersey, LLC, no está obligado a aceptar esta restricción, pero que honre este acuerdo.

Reconozco al firmar este formulario doy mi consentimiento para el uso y la divulgación para proteger información médica acerca de mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento en escrito con mi firma. No obstante, esta revocación no afectará ninguna divulgación Retina Center de New Jersey, LLC ha hecho ya en confianza antes de mi consentimiento. Center de Retina de New Jersey, LLC, provee este formulario para mí cumplir con seguro de salud ley de portabilidad y responsabilidad de 1996 (HIPAA).

Consentimiento para revelar información

Reconozco que al firmar este formulario, acepto Center de Retina de New Jersey, LLC, a divulgar cualquier información al médico involucrado en mi cuidado. Doy mi consentimiento a Center de Retina de New Jersey, LLC, puede llamar a mi casa o designar lugares y dejar un mensaje en el buzón de voz o en persona en referencia a mis recordatorios de la cita y elementos seguros. Además, puede enviar su Center de Retina de New Jersey, LLC, a mi casa recordatorios y declaraciones de paciente

Designo al siguiente representante (s) que el Center de Retina de New Jersey, LLC puede comunicarse conmigo en mí por favor. Si no designe a nadie, el médico podrá hablar con alguien en su familia sobre su condición médica.

Nombre _____ Relacion _____ Telefono# _____

Nombre _____ Relacion _____ Telefono# _____

Nombre _____ Relacion _____ Telefono# _____

Firma del Paciente o Guardián

Legal _____ Fecha _____

Imprima Su Nombre _____

Firma en archivo

Solicito que el pago de prestaciones autorizadas se hizo en mi nombre a EL CENTRO DE RETINA DE NEW JERSEY, LLC. Autorizo a cualquier soporte de información médica sobre mí ser liberación Novitas soluciones de Medicare o cualquier otro de mis médicos portadores y cualquier información necesaria para determinar los beneficios o prestaciones previstas para los servicios relacionados

Firma del Paciente o Guardián Legal _____ Fecha _____

Imprima Su Nombre _____



Fecha: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Nombre: _____

Altura: _____ Peso: _____

FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA PARA PACIENTE NUEVO

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Paciente está sintiendo:

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

Por favor describa sus síntomas en sus propias palabras:

Razón de su referencia:

Lugar: ¿Cuál es el lugar del problema / qué ojo? _____

Unilateral (un ojo) Bilaterales (ambos ojos)

Calidad: ¿Cuál es la naturaleza del dolor? _____

Constante Aguda Crónica Mejora Empeora

Gravedad: Describa su dolor o enrojecimiento (por ejemplo, en una escala de 1 a 10, siendo 10 el peor) _____

Duración: ¿Cuánto tiempo ha tenido este problema? _____

Tiempo: ¿El problema es peor en la mañana, tarde, o es constante? _____

Contexto: ¿Se relaciona con una actividad? _____

La modificación de factores: ¿Qué esfuerzos ha realizado el paciente para mejorar el problema? _____

Signos y Síntomas asociado: ¿El problema está causando visión borrosa? _____

Dolor de cabeza Contracciones Lagrimeo excesivo

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

<p style="text-align: center;"><u>RESPIRATORIO</u></p> <p>Tos crónica o frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Escupiendo sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Falta de respiración <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Asma o sibilancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Falta de respiración cuando camina o esta acostado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Infección respiratoria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p style="text-align: center;"><u>PSIQUIÁTRICO</u></p> <p>Pérdida de memoria o confusión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nerviosismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Depresión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Insomnio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p style="text-align: center;"><u>HEMATOLÓGICA / LINFÁTICA</u></p> <p>Tardan en sanar cortaduras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Tendencia de sangrado o moretones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Flebitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Historia de transfusión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Agrandamiento de las glándulas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Reacción a la transfusión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p style="text-align: center;">Explique _____</p>
<p style="text-align: center;"><u>SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES</u></p> <p>Buena salud general últimamente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cambio de peso recientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fiebre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fatiga <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Insomnio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Horas de sueño cada noche _____</p>	<p style="text-align: center;"><u>CARDIOVASCULAR</u></p> <p>Problema del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Angina de pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Palpitaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sin calor o Intolerancia del frío <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Hinchazón de pies o tobillos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Marcapasos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Infarto de miocardio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Hipertensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfermedad de la válvula <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>El ritmo irregular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Colesterol alto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfermedad vascular periférica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p style="text-align: center;"><u>MUSCULOESQUELÉTICO</u></p> <p>Artritis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dolor de las articulaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Rigidez articular o hinchazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>La debilidad de músculos o articulaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dolor muscular o calambres <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Trastorno muscular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Extremidades frías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dificultad para caminar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfermedad en la columna vertebral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fracturas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p style="text-align: center;"><u>INTEGUMENTARIO</u></p> <p>Sarpullido o picazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cambio en el color de la piel <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cambio en el cabello o las uñas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Venas varicosas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Quiste en el pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Secreción de los senos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Trastornos de la piel <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p style="text-align: center;"><u>ENDOCRINO</u></p> <p>Problemas glandular o hormonales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Enfermedad de tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>El exceso de sed o de orina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Piel seca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cambio en el tamaño del sombrero o el guante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuándo se le diagnosticó? _____ Tipo 1 o Tipo 2 (por favor círculo)</p> <p>HGB A1C / HbA1c? _____ Fecha: _____</p> <p>Usted está en insulina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ Veces al día</p> <p>¿Está usted en Diálisis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p style="text-align: center;"><u>OIDOS, NARIS , BOCA Y GARGANTA</u></p> <p>La pérdida de audición o zumbido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Audífonos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dolor de oídos o drenaje <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Problemas crónicos del virus <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Rinitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sangrado de la nariz <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Llagas en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sangrado de las encías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>El mal aliento o mal sabor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dolor de garganta o cambio de voz <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Inflamación de las glándulas del cuello <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE

Estado Civil

- Soltero
 Casado
 Divorciado
 Viudo

Uso de Alcohol

- Nunca
 Raramente
 De vez en cuando
 Diario

Uso de Tabaco

- Nunca
 Anteriormente Pero Pare
 Actualmente
____ Paquetes al día

Uso de Drogas Ilícitas

- Nunca
 Tipo y frecuencia

La Exposición Excesiva en el Hogar o el Trabajo de:

- Vapores _____
 Disolventes _____
 Químicos _____
 Otro _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

EDAD

ENFERMEDADES

SI HA FALLECIDO, CAUSA DE MUERTE

PADRE	_____	_____	_____
MADRE	_____	_____	_____
HERMANO(S)	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
HERMANA(S)	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
ESPOSO(A)	_____	_____	_____
HIJOS	_____	_____	_____

Directivas anticipadas de

atención médica

Sí No

Quisiera información _____

POR FAVOR DENOS LA INFORMACIÓN DE TODOS LOS MEDICOS QUE USTED ESTA VIENDO

ESPECIALIDAD

NOMBRE DEL MEDICO

DIRECCIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

1. Oftalmólogo

2. Optometrista

3. Médico Primario

4. Endocrinólogo

5. Cardiólogo

6. Nefrólogo

7. Neurólogo

8. Podólogo

9. Especialista Vascular

10. Otro
