

**Información del Paciente**

Apellido del Paciente		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido de Soltera	
Dirección (Calle o Casilla de Correo)				Ciudad		Estado	Código Postal
Teléfono (Casa)		Teléfono (Celular)		Teléfono (Trabajo)		Correo Electrónico	
Sexo (Escoja Uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento	Edad	Número de Seguro Social		Numero de Licencia	
Estado Civil (Escoja Uno) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)				Nombre Completo del Esposo/Esposa (Si es aplicable)			
Raza (Escoja Uno) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro _____				¿El paciente reside en un centro de enfermería especializada o rehabilitación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si es así, nombre de la instalación	
Empleador						Ciudad	Número de Teléfono
Dirección del Empleador				Proveedor de Atención Primaria		Número de Teléfono	
Contacto de Emergencia		Número de Teléfono		Nombre del Médico Remitente		Número de Teléfono	

**Complete esta sección si el paciente es menor de edad o tiene tutor legal.**
**Persona Responsable**

Apellido del <b>Responsable</b>		Primer Nombre		Segundo Nombre		Correo Electrónico	
Dirección (Calle o Casilla de Correo)				Ciudad		Estado	Código Postal
Teléfono (Casa)		Teléfono (Celular)		Teléfono (Trabajo)			
Sexo (Escoja Uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento	Edad	Número de Seguro Social		Número de Licencia	

**Información del Seguro y el Suscriptor**

Compañía de Seguro Médico <b>Principal</b>			Fecha Efectiva			Compañía de Seguro Médico <b>Secundario</b>			Fecha Efectiva		
Dirección postal de reclamos (Calle o Casilla de Correo)						Dirección postal de reclamos (Calle o Casilla de Correo)					
Ciudad		Estado	Código Postal		Ciudad		Estado	Código Postal			
Numero de Póliza			Numero de Grupo			Numero de Póliza			Numero de Grupo		
Nombre del Suscriptor de la Póliza			Fecha de Nacimiento			Nombre del suscriptor de la póliza			Fecha de Nacimiento		
Número de Seguro Social del Suscriptor			Relación con el/la paciente			Número de Seguro Social del Suscriptor			Relación con el/la paciente		
Empleador del Suscriptor			Teléfono (Trabajo)			Empleador del Suscriptor			Teléfono (Trabajo)		
Dirección del empleador del Suscriptor (Calle o Casilla de Correo)						Dirección del empleador del Suscriptor (Calle o Casilla de Correo)					
Ciudad		Estado	Código Postal		Ciudad		Estado	Código Postal			

**Farmacia**

Farmacia preferida		Dirección de la Farmacia preferida		Número de Teléfono de la Farmacia	
--------------------	--	------------------------------------	--	-----------------------------------	--

 \_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal**

 \_\_\_\_\_  
**Fecha**

Consentimiento para Tratar NJR\_NP\_F101

Por la presente autorizo a los empleados y agentes de Associated Retinal Consultants, LLC d/b/a NJRetina incluyendo médicos, asistentes médicos, enfermeras practicantes, y otros empleados y miembros del personal a hacer evaluaciones médicas y cuidar al paciente indicado a continuación. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará hasta ser revocado por escrito. Yo entiendo que, al no firmar este consentimiento, el/la paciente no recibirá atención médica, excepto en el caso de una emergencia.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente (Letra de IMPRENTA por favor)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

***Complete esta sección SÓLO si el paciente es menor de edad o requiere un tutor legal***

Doy mi consentimiento a \_\_\_\_\_ para autorizar la evaluación y tratamiento para el/la paciente identificado(a) anteriormente en caso de yo no estar disponible. Entiendo que esto autoriza a la persona anteriormente mencionada a conceder los procedimientos médicos y quirúrgicos e inmunizaciones para el/la paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará hasta ser revocado por escrito.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Responsabilidad Financiera NJR\_NP\_F102

Por la presente autorizo a Associated Retinal Consultants, LLC d/b/a NJRetina a solicitar beneficios en mi nombre y para el pago de los beneficios médicos directamente a Associated Retinal Consultants, LLC d/b/a por los servicios prestados. Yo solicito que los pagos de Medicare, Medigap y/o alguna otra aseguradora se realicen directamente a Associated Retinal Consultants, LLC d/b/a NJRetina. Autorizo para que la información contenida en el registro médico del paciente o de la aseguradora del paciente (o sus empleados o agentes) sea proporcionada según sea necesario para procesar y completar el reclamo médico del paciente. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados que pueden incluir servicios no cubiertos por las aseguradoras del paciente. Estoy de acuerdo que todos los montos se deben pagar cuando sean solicitados y sean pagados a Associated Retinal Consultants, LLC d/b/a NJRetina. Además, entiendo que, si el saldo de mi cuenta se vuelve moroso y es enviado a un cobrador, acepto pagar 30% más del saldo o \$50 USD, lo que sea mayor. También entiendo que se aplicará un cobro de \$35 si mi banco devuelve el cheque.

La duración de esta autorización es indefinida y continuará hasta ser revocado por escrito. Entiendo que, al no firmar esta divulgación de información, soy responsable del pago total de los servicios, antes de que sean prestados.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente (Letra de IMPRENTA por favor)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Preferencias del Paciente Con Respecto a la  
Comunicación de PHI (Información de Salud Protegida)**

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Método Preferido de Comunicación NJR\_NP\_F104

**Si, yo quiero que NJRetina comunique mi información conmigo a través de un sistema seguro diseñado para mantener mi información segura.**

Mi método preferido de comunicación con respecto a mis **condiciones médicas y/o información de citas** se indica a continuación:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teléfono (Casa)          | <input type="checkbox"/> Teléfono Celular | <input type="checkbox"/> Teléfono (Trabajo) |
| <input type="checkbox"/> Carta enviada por correo | <input type="checkbox"/> Tutor            | <input type="checkbox"/> Correo Electrónico |

Si el método de comunicación anterior es por **teléfono**, realice una de las siguientes cosas (**por favor escoja UNA**):

- Dejar un mensaje con información detallada.
- Dejar un mensaje solamente con un número de teléfono para llamar.

Si el método de comunicación anterior es por **correo electrónico**, por favor considere las implicaciones de privacidad; como, por ejemplo, alguna otra persona que pueda tener acceso a su correo electrónico, tal como su empleador, que puede tener el derecho y/o la habilidad para revisar todo el correo recibido en su correo electrónico del trabajo.

**Por favor déjenos saber si usted tiene instrucciones especiales o solicitudes con respecto a nuestra comunicación con usted. Por ejemplo, déjenos saber si le gustaría que lo/la llamáramos a un número de teléfono diferente para un resultado de examen específico o si no desea que lo/la contactemos en absoluto.**

Contactos Aprobados para HIPAA NJR\_NP\_F105

Mantener la privacidad de la información de nuestros pacientes es importante para nosotros, y por defecto solamente revelaremos la información relacionada con la cuenta de facturación y las condiciones médicas del paciente al paciente o tutor legal.

Si le gustaría agregar contactos adicionales, fuera del paciente o tutor legal, al que NJR pueda revelar este tipo de información, por favor complete las casillas a continuación, y seleccione las casillas apropiadas según su aprobación para cada persona que haya incluido. Si la fecha de finalización se deja en blanco, entonces la duración de esta autorización es indefinida a menos que sea revocada por escrito.

_____	_____	_____	_____
Nombre del Contacto	Relación con el Paciente	Teléfono del Contacto	Fecha de Finalización
<input type="checkbox"/> Información de la cuenta de facturación	<input type="checkbox"/> Información de la condición médica	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia	

Notas Adicionales: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	_____
Nombre del Contacto	Relación con el Paciente	Teléfono del Contacto	Fecha de Finalización
<input type="checkbox"/> Información de la cuenta de facturación	<input type="checkbox"/> Información de la condición médica	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia	

Notas Adicionales: \_\_\_\_\_

**Aviso de Practicas de Privacidad y  
Acuse de Recibo**

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

NJR\_NP\_F107

Aviso de Practicas de Privacidad y Acuse de Recibo

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*El Aviso de Prácticas de Privacidad describe como la información de salud protegida (PHI) sobre usted puede ser utilizada y revelada, y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revisar cuidadosamente.*

Associated Retinal Consultants, LLC d/b/a está obligado por ley a proteger la privacidad de la información de salud que pueda revelar su identidad y a proporcionarle una copia de este aviso, que describe las practicas de privacidad de información de salud de nuestra Práctica, su personal médico y proveedores de atención medica afiliados que conjuntamente realizan actividades y operaciones comerciales con nuestra Practica. "Información de Salud Protegida" (PHI), es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo a usted, así como información genética, e información que se relacione con su salud física o mental del pasado, presente o futuro y servicios relaciones a la salud.

En \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Yo, \_\_\_\_\_, recibí una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de esta Oficina.  
(Fecha de Hoy) (Nombre del Paciente)

\_\_\_\_\_  
**Letra de IMPRENTA por favor**\_\_\_\_\_  
**Firma**\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\*\*El Aviso de Practicas de Privacidad de NJRetina también puede ser encontrado en nuestro sitio web:  
[www.njretina.com/privacy](http://www.njretina.com/privacy)

**Solo para Uso de la Oficina**

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, pero no se pudo obtener el reconociendo porque:

- El individuo se rehusó a firmar
- La barrera de comunicación prohibió obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- Otra (Por favor Especificar)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
***Este formulario de reconocimiento formará parte de su registro médico permanente.***

Nombre del Paciente:		Fecha:            /        /	
¿Qué problema ocular lo trae acá?			
¿Cuándo fue su último examen de visión?	/      /	Oftalmólogo	
¿Qué le dijo su doctor?			

SI      NO

¿Usa gafas para la visión?					
¿Usa lentes de contacto?			¿Si es así, cuando fue la última vez que fueron cambiados?		
¿Tiene glaucoma?			¿Si es así, cómo se está tratando?		
¿Ha tenido cirugía de cataratas?			¿Si es así, cual ojo?	Fecha de Cirugía	¿Nombre del Cirujano?
			Ojo Izquierdo	/ /	
¿Ha tenido otra cirugía?			Ojo Derecho	/ /	
<i>Por favor enumere los detalles a continuación.</i>					

**Historial Médico – Historial Social**

Apellido del Doctor	Primer Nombre	Teléfono		
Dirección (Calle o Casilla de Correo)		Ciudad	Estado	Código Postal

¿Alguna vez ha sufrido alguna de las siguientes?

	SI	NO	FECHA
¿Nació prematuro?			
¿Historial de pérdida de peso, fiebre?			
¿Dolores de cabeza, sinusitis, amigdalitis?			
¿Condición del corazón?			
¿Alta presión sanguínea?			
¿Problemas de circulación?			
¿Enfermedad pulmonar?			
Enfermedad de úlceras, hígado, ¿o vesícula?			
¿Fuma?			
¿Consumo alcohol?			
Enfermedad de los riñones, vejiga o próstata?			

  

	SI	NO	FECHA
¿Enfermedad de las articulaciones?			
¿Enfermedad de la piel o cáncer de seno?			
¿Derrame o enfermedad neurológica?			
¿Historial de enfermedad psicológica?			
¿Enfermedad de tiroides?			
¿Diabetes?			
¿Fecha de los últimos resultados de azúcar en la sangre?			
¿Trastorno hemorrágico, anemia?			
¿Sida o enfermedad infecciosa?			
¿Cáncer?			

Enumere **TODOS** los Medicamentos que está tomando actualmente, incluyendo las gotas para los ojos:

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Enumere **TODAS** las alergias a medicamentos:

_____
_____

**HISTORIAL FAMILIAR**

Hay antecedentes familiares de	SI	NO	
¿Cataratas?			Pariente: _____
¿Glaucoma?			Pariente: _____
¿Enfermedad de la Retina?			Pariente: _____
¿Diabetes?			Pariente: _____
¿Hipertensión?			Pariente: _____
¿Anemia?			Pariente: _____
¿Otra enfermedad ocular o sistemática?			Pariente: _____

