

# EYE FLORIDA

ADVANCED MEDICAL • SURGICAL • AESTHETIC SERVICES

Ly T. Nguyen, M.D. • Board Certified Ophthalmologist • office: 407-891-2010 • fax: 407-891-8211 • www.eyeflorida.com

## FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: Masculino / Femenino SSN: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ DIRECCION, CIUDAD, ESTADO, COD. POSTAL: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ DOCTOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_

PROVEEDOR DE SEGURO: \_\_\_\_\_ MIEMBRO PRINCIPAL DEL SEGUROO NOMBRE/FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_ ID DEL MIEMBRO: \_\_\_\_\_

REFERIDO POR: \_\_\_\_\_ FARMACIA: \_\_\_\_\_ TELEF./DIRECCION: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ PASA TIEMPOS: \_\_\_\_\_

MEDICINAS QUE USA: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ RAZON DE SU VISITA HOY: \_\_\_\_\_

QUIERE USTED UN EXAMEN PARA ACTUALIZAR SUS LENTES (REFRACCION) YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ TIENE SEGURO DE VISION? YES / NO \_\_\_\_\_

HISTORIA DE LENTES DE CONTACTO: ACUALMENTE USA CONTACTOS? YES \_\_\_ NO \_\_\_ QUISIERA UN EXAMEN PARA LENTES DE CONTACTO HOY? YES \_\_\_ NO \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*Revisado por FD \_\_\_\_\_

TIENE USTED, O HA PADECIDO DE ALGUNA ENFERMEDAD EN LAS SIGUIENTES AREAS? SI ES SI, POR FAVOR DE UNA EXPLICACION:

HISTORIAL MEDICO	SI	NO	EXPLICACION DEL PROBLEMA
Cardiovascular (corazón, Presi <sup>o</sup> n alta, etc.)			
Neurologico			
Gastrointestinal			
Riñón, Vejiga			
Piel			
Psiquiatrico			
Ojos, Nariz, Garganta			
Endocrino/Diabetes/ Enfermedad del Tiroides			
Respiratorio			
Musculos, Huesos, Articulaciones			
Cancer			
Liste todas las cirugias o enfermedades que ha padecido (sin incluir en los ojos)			

HISTORIA OCULAR	SI	NO	EXPLICACION
Glaucoma			
Degeneracion Macular/ OTHER			
Liste toda cirugia ocular (fecha/medico)			

HISTORIA FAMILIAR	SI	NO	RELACION CON EL PACIENTE
ESTRABISMO / CEGUERA			
Glaucoma			
Enfermedad de la Retina / OTROS			

SOCIAL HISTORY			
Usted Maneja? SI /NO	Usted toma alcohol? SI /NO	Soltero/Casado/ Viudo	Peso: _____
Embarazada o Lactando? SI/NO	Usted fuma? YES/NO		Estatura: _____

FIRMA DE LA PARTE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ REVISADO PDR: \_\_\_\_\_

# EYE FLORIDA

ADVANCED MEDICAL • SURGICAL • AESTHETIC SERVICES

Ly T. Nguyen, M.D. • Board Certified Ophthalmologist • office: 407-891-2010 • fax: 407-891-8211 • www.eyeflorida.com

## HIPAA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

### INTRODUCCIÓN

En EYE FLORIDA estamos comprometidos a tratar y utilizar la información de salud protegida sobre usted responsablemente. Este Aviso HIPAA de Prácticas de Privacidad describe la información personal que recopilamos y cómo y cuándo usamos o divulgamos esa información. También describe sus derechos en relación con su información médica protegida. Este aviso es efectivo el **9 de septiembre del 2011**, y se aplica a toda la información de salud protegida como lo definen los reglamentos federales.

### ENTENDER SU EXPEDIENTE DE SALUD / INFORMACION

Cada vez que usted visita EYE FLORIDA se hace un registro de su visita. Típicamente, este registro contiene sus síntomas, exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para el cuidado o tratamiento futuro. Esta información, a menudo es referida como registro de su salud o registro médico y sirve como:

- Base para planear su cuidado y tratamiento.
- Medio de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a su cuidado.
- Documento legal que describe el cuidado que ha recibido.
- Los medios por los cuales usted o un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron proporcionados en realidad,
- Una herramienta en la educación de profesionales de la salud,
- Una fuente de datos para la investigación médica,
- Una fuente de información para los funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud de este estado y de la nación.
- Una fuente de datos para nuestra planificación y comercialización.
- Una herramienta con la que podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que prestamos y de los resultados que logramos.

La comprensión de lo que está en su expediente y cómo su información médica se utiliza le ayuda a: garantizar su precisión, entender mejor quién, qué, cuándo, dónde, y por qué otros pueden acceder a su información de salud, y tomar mejores decisiones en base a ellas.

### SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Aunque su expediente médico es propiedad física de EYE FLORIDA, la información le pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

- Obtener una copia impresa de este aviso de prácticas de información a petición,
- Inspeccionar y copiar su expediente médico según lo dispuesto en 45 CFR 164.524,
- Enmendar su expediente médico según lo dispuesto en 45 CFR 164.528,
- Obtener un informe de las divulgaciones de su información médica según lo dispuesto en 45 CFR 164.528,
- Solicitar comunicaciones de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos,
- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información según lo previsto en 45 CFR 164.522, y
- Revocar su autorización para usar o divulgar información de salud, excepto en la medida en que esa acción ya haya sido tomada.

### NUESTRAS RESPONSABILIDADES

EYE FLORIDA es: (1) mantener la privacidad de su información de salud, (2) proveerle este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted, (3) cumplir con los términos de esta notificación, (4) que le notifique si no podemos estar de acuerdo con una restricción solicitada, y (5) las solicitudes razonables que usted pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos. Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas y hacer las nuevas disposiciones efectivas para toda la información médica protegida que mantenemos. En caso de cambiar nuestras prácticas de información, le enviaremos un aviso revisado a la dirección que nos ha suministrado, o si usted está de acuerdo, le enviaremos el aviso revisado a usted. No vamos a usar o divulgar su información médica sin su autorización, excepto como se describe en este aviso. También vamos a dejar de utilizar o divulgar su información de salud después de haber recibido una revocación escrita de la autorización de acuerdo con los procedimientos incluidos en la autorización.

### PARA MÁS INFORMACIÓN O PARA REPORTAR UN PROBLEMA

Si tiene preguntas y le gustaría obtener información adicional, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad de Kissimmee Medical Eye Center en persona o por teléfono en nuestro número de teléfono principal. Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja con el Oficial de Privacidad o con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. No habrá represalias por presentar una queja, ya sea con el Oficial de Privacidad o la Oficina de Derechos Civiles.

Firma de abajo es único reconocimiento que ha recibido este Aviso HIPAA de nuestras prácticas de privacidad:

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FIRMA DE LA PARTE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## AVISO DEL PACIENTE DE POLÍTICAS DE OFICINA

Dr. Ly Nguyen y el personal de OJO DE LA FLORIDA Y dba RejuveRx MedSpa están aquí para servir a las necesidades de los ojos de cada paciente. Le pedimos su cooperación en la adhesión a las siguientes Políticas de oficina con el fin de que usted y otros servir mejor como tú.

### **1. PAGOS Y RESPONSABILIDAD FISCAL DEL PACIENTE**

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por esta asignación, incluyendo cualquier seguro o copago, ni de los cargos, que la compañía de seguros declina a pagar. Si necesita hacer arreglos especiales de pago, por favor hable con nuestro personal de la oficina durante la visita. Dinero en efectivo, Visa y MasterCard son aceptadas. No se aceptan cheques personales serán aceptados en el nuevo paciente. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al médico, o grupo oftálmica, seguro de lo contrario pagar a mí. Entiendo que si por alguna razón mi compañía de seguros no paga la factura dentro de los 90 días estaré totalmente responsable del pago. Cualquier cheques devueltos tendrán un cargo por cheque devuelto \$ 30.00 mínimo. En el caso de la cuenta llega a ser delincente y está entregado a una agencia de colecciones, **habrá un cargo de \$ 50.00 por cada cuenta y que yo soy responsable de ninguna tasa colección, judiciales o abogados.** También reconozco que es mi responsabilidad de comprender plenamente las normas y reglamentos de mi compañía de seguros.

### **2. NO presentarse / cancelaciones tardías**

**Si una cita se pierde o no es cancelada con 24 horas antes de la hora programada, se le cobrará una tarifa de \$ 30.00 ya que ese espacio de tiempo no puede ser ocupado por otra persona.** Todos los "no-show" o cuotas "cancelación tardía" deben ser pagados en su totalidad en o antes de la próxima visita. **Seguros no reembolsarán el paciente para este cargo, ni tampoco la Dra. Ly Nguyen / St. Cloud Eye Center INC facturará el seguro para ella.** Nuestro personal de la oficina hace confirmación de la cita por teléfono como cortesía a nuestros pacientes. Sin embargo es responsabilidad del paciente recordar su / su fecha y hora de la cita.

### **3. DILATACIÓN DE OJOS**

Para llevar a cabo un examen completo de la vista, puede ser necesario poner gotas en los ojos que dilatar ellos. Dilatación significa que las pupilas van a aumentar de tamaño durante un período de tiempo para dejar entrar más luz y, potencialmente, harán la visión de cerca más borrosa. Algunos pacientes han experimentado preocupación con respecto a su capacidad de funcionar después de la dilatación. Ha sido nuestra experiencia que la visión de cerca se ve afectado mucho más que la distancia y que la mayoría de las personas son capaces de "moverse" a pesar de, cierta cautela es necesaria debido a la presencia de cualquier disminución de la visión. Algunos pacientes expresan su preocupación acerca de conducir después de la dilatación. Animamos a los pacientes que tienen esta preocupación a designar un conductor cuando viene para un examen. Tenga en cuenta que la dilatación es necesaria para llevar a cabo ciertas pruebas de diagnóstico y para dar al médico una visión completa y ampliada de la retina, o la parte posterior del ojo. Esto es vital en la evaluación y el diagnóstico de los efectos de muchas enfermedades de los ojos, incluyendo, pero no limitado a, cataratas, enfermedades de la retina y glaucoma. Si usted tiene más preocupación con respecto a esto, por favor no dude en informarnoslo.

### **4. REFRACCION**

La refracción es una medida de la potencia necesaria para prescribir lentes de gafas u otros lentes correctivos. **La mayoría de los planes de seguros médicos, incluyendo Medicare, no cubren examen refracciones de rutina** (cuando no hay problema ocular médica se sabe o se sospecha). El Cuidado de la Salud Administración / Medicare permite que se cobra por separado para esa porción del examen, ya que es un SERVICIO NO CUBIERTO. Si usted está interesado en su receta de lentes, una cuota de \$ 35.00 será cobrada al momento del servicio.

### **5. LIBERACION DE REGISTROS MEDICOS**

Si necesita copias de sus registros, por favor, tenga en cuenta lo siguiente, de acuerdo con el Estatuto de Florida: Para obtener copias de las páginas de gráficos, un mínimo de diez (10) días hábiles ni superior a treinta (30) es necesaria para procesar su solicitud. Un comunicado de registro completo y firmado debe hacerse antes de los registros se liberen. Si los registros no están siendo liberados directamente a la oficina de otro médico, habrá un cargo de \$ 1.00 por página para las primeras 25 páginas y 0,25 centavos de dólar por página después de eso, a pagar antes de la liberación de las copias. La reproducción de los materiales fotográficos requerirá tiempo adicional por encima de los diez (10) días. Cualquier reproducción de los materiales fotográficos se le cobrará antes de la entrega.

### **6. REFERIDOS**

Por favor permita siete días hábiles para coordinar remisiones a otros proveedores.

### **7. RECAMBIOS Y RECETAS**

Por favor, espere tres días hábiles para la coordinación de las recargas y prescripciones con la farmacia. Siempre comuníquese con su farmacéutico cuando añada una receta. La farmacia se pondrá en contacto con nosotros para la autorización en caso de necesidad. Si necesita una recarga "el mismo día" por una receta escrita, habrá una cuota de \$ 10.00.

### **FORMAS DE LICENCIA DE CONDUCIR**

Estaremos encantados de llenar formularios de la licencia de conducir en el momento de su examen sin costo alguno. Si la solicitud de finalización no se realiza en el momento de su examen, por favor espere cinco (5) días hábiles. Terminaciones de formulario en el día (no en el momento del examen) se les cobrará \$ 10.00 de cuota.

### **9. DESPUÉS DE HORAS REGULARES Y EMERGENCIAS**

En caso de una situación de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Si usted tiene una preocupación urgente que tiene que discutir con el médico, por favor llame a nuestra oficina para programar su cita. Todo mensaje telefónico dejado en el buzón de voz será devuelto dentro de 24 horas por la oficina de lunes - viernes.

### **SU PRIVACIDAD**

Sus registros médicos son estrictamente privados. No se dará información a terceros sin su autorización por escrito, excepto cuando sea requerido por la ley. Por favor, vea aviso HIPAA para más detalles.

Autorizo a los ojos de la Florida y dba RejuveRx MedSpa para discutir mis registros médicos con:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

# EYE FLORIDA

ADVANCED MEDICAL • SURGICAL • AESTHETIC SERVICES

Ly T. Nguyen, M.D. • Board Certified Ophthalmologist • office: 407-891-2010 • fax: 407-891-8211 • www.eyeflorida.com

## UN MENSAJE IMPORTANTE PARA NUESTROS PACIENTES

Tenga en cuenta que, debido a los constantes cambios en las políticas y regulaciones de seguros, se ha vuelto cada vez más difíciles de interpretar cada póliza de seguro individual. **Hacemos todo lo posible para ponerse en contacto con su seguro para obtener una estimación de los servicios como una cortesía, pero por su compañía de seguros, esto no es una garantía de pago. No podemos ser responsables por el importe citado, ya que es sólo una estimación proporcionada a nosotros por su compañía de seguros.** Sigue siendo su responsabilidad conocer y entender su póliza individual, incluyendo a sus co-pagos y deducibles. No existe una política estándar para cada compañía de seguros; su póliza fue escrita por las opciones disponibles para y ofrecidos por usted o su empleador.

**Por favor, no estar molesto con nuestra oficina si su seguro no cubre todos nuestros servicios.** Las pólizas de seguros suelen tener deducibles, co-pagos o co-seguros y también pueden tener exclusiones o períodos de espera. Algunos pueden requerir que usted obtenga una referencia de su médico de atención primaria con el fin de consultar a un especialista. Nuestros proveedores son considerados especialistas en oftalmología y su visita puede requerir la remisión y el **co-pago de especialista.**

Su póliza de seguro individual es entre usted y su compañía de seguros y no entre la compañía aseguradora y el médico. **Es su responsabilidad hacernos saber sus necesidades en su POLIZA DE SEGURO.**

**Todos los co-pagos y pagos de co-seguro se deben en el momento del servicio. Si su póliza tiene un deducible, usted será responsable de todos los gastos incurridos en su visita (s) hasta que se haya cumplido con el deducible. Por favor revise su póliza si no está seguro acerca de sus requisitos de deducibles. Los deducibles son concurrentes con su plan de política de año; una vez que comienza un nuevo año del plan, un nuevo deducible se deben cumplir. Esto se aplica a todos los servicios, incluyendo exámenes, procedimientos, pruebas de diagnóstico, cirugía, marcos / lentes, lentes de contacto.**

Ciertos procedimientos / pruebas pueden requerir pre aprobación por su compañía de seguros o pueden necesitar ser hechas en un Taller especial. **Las tarifas de laboratorio para la oficina, y procedimientos menores hechos en oficina, no están incluidos en su visita al consultorio y se facturarán por separado por el laboratorio.**

Si no está seguro de algún aspecto de su cobertura, por **favor llame al número de servicio al socio en el reverso de su tarjeta de seguro.** El representante de servicios para miembros será capaz de ayudarle con cualquier pregunta que pueda tener.

## **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Solicito que el pago autorizado de Medicare, Medicaid o seguro privado se hará a favor **de St Cloud Eye Center Inc d / b / a EYE FLORIDA** por los servicios cubiertos O prestados por proveedores EMPLEADOS POR **St Cloud EYE CENTER INC.** Estoy de acuerdo en pagar a St. Cloud Eye Center INC, el deducible y / o co-seguro en mi reclamación o cualquier otro cargo no pagadas o negadas por mis planes de seguro, independientemente de razones de facturación.

Autorizo a cualquier poseedor de información médica acerca de mí para liberar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes, Champus / TRICARE y sus agentes, o a cualquier compañía de seguros privada cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios por pagar por servicios relacionados.

Además, certifico que la información proporcionada por mí es verdadera, exacta y completa. Yo reconozco **QUE ES MI RESPONSABILIDAD SABER MIS BENEFICIOS CON MI PLAN DE SEGUROS Y SUS REQUISITOS.** Entiendo y acepto que soy responsable de los siguientes gastos: cualquier plan de servicio que mi seguro considere " no cubiertas ", todas las cantidades de co-seguro y / o co - pago, todos los deducibles, cualquier cantidad que exceda los límites de beneficios bajo mi plan de seguro y cualquier equivalente que mi plan de seguro no estime cubierto porque no estaba asegurado en la fecha de servicio. **SI NO PROPORCIONO REFERENCIA CON NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE MI MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MOMENTO DE SERVICIO ACEPTO SER RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS PRESTADOS POR ST. CLOUD EYE CENTER.**

Reconozco haber recibido 1 ) una copia del Aviso de PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE EYE FLORIDA INC ( NPP ) , y 2) Política de la Oficina del EYE FLORIDA INC incluyendo Política Financiera .

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

Si es parte responsable, favor completar: **NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **RELACION** \_\_\_\_\_

**Razón por la que el paciente no puede firmar:** \_\_\_\_\_ **MENOR** \_\_\_\_\_

**OTRA, FAVOR EXPLIQUE:** \_\_\_\_\_

# EYE FLORIDA

ADVANCED MEDICAL • SURGICAL • AESTHETIC SERVICES

---

Ly T. Nguyen, M.D. • Board Certified Ophthalmologist • office: 407-891-2010 • fax: 407-891-8211 • www.eyeflorida.com

---

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ CHART NO: \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO PARA LA DILATACION DE LAS PUPILAS**

### **INFORMACION CON RESPECTO A LAS GOTAS PARA DILATAR LA PUPILA**

Las gotas para dilatar la pupila son usadas para dilatar o agrandar la pupila del ojo para permitirle al oftalmólogo/optómetra/proveedor de salud visual obtener una mejor vista de la parte interna del ojo.

Las gotas de dilatar frecuentemente causan visión borrosa por un largo periodo de tiempo que puede variar de persona a persona y toda luz brillante puede molestar. No es posible por el oftalmólogo/optómetra/proveedor de salud visual predecir cuánto su visión se verá afectada. Manejar inmediatamente luego de ser examinado puede dificultar su visión al conducir por ende sería preferible hacer los arreglos pertinentes para no manejar ese día.

Reacciones adversas como Glaucoma agudo de ángulo cerrado puede ser activado por las gotas de dilatar la pupila. Es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata.

Yo por la presente autorizo a Dr. Nguyen/ Dr. José Flores / Asociados de Eye Florida y/o a sus asistentes designado por él/ella para administrar las gotas de dilatar la pupila. Las gotas son necesarias para llevar a cabo un examen visual exhaustivo, examen de retina, examen del nervio óptico para tratar o diagnosticar mi condición ocular.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o persona autorizada por paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha