

HISTORIAL DE SU VISTA

Gracias por preferirnos para el cuidado de su vista. Para servirle mejor, favor de contestar las siguientes preguntas:

1. ¿Cual es la razon de su visita?

2. ¿Padece actualmente alguno de los siguientes sintomas? Favor de encierrar todos los que apliquen:

Dolor en sus ojos	Vision borrosa	Lagañas	Relampagos de luz
Halos	Sensibilidad a la Luz	Vision doble	Vision disminuida
Flotadores	Ojos llorosos		

3. ¿Actualmente utiliza lentes? SI NO

4. ¿Utiliza lentes de contacto? SI NO

5. ¿Utiliza la computadora? SI NO

6. ¿Alguna vez ha sufrido una lesion o padecido alguna enfermedad en sus ojos?

7. ¿Alguna vez ha tenido cirugia en sus ojos? Por favor describa cual, en que ojo y cuando:

8. ¿Que medicamentos toma actualmente para sus ojos?

9. ¿Que medicamentos toma actualmente en general?

10. ¿Hay alguien en su familia que padezca alguno de las siguientes enfermedades visuals?
Encierrar todos los que apliquen y mencione el parentesco:

Glaucoma	Cataratas	Estrabismo	Degeneracion de macula
Ceguera	Enfermedad de la retina		

11. Por favor encierre de que condiciones le gustaria recibir mayor informacion:

Lentes de contacto	Cirugia de catarata	Glaucoma	Retinopatia Diabetica
--------------------	---------------------	----------	-----------------------

Otro:

12. ¿Actualmente toma Plavix, Aspirina, Coumadin, Flomax, Hytrin o Cardura?



Carlos W. Vazquez, M.D.
AMERICAN BOARD of OPHTHALMOLOGY
Adult and Pediatric Ophthalmology
Neuro Ophthalmology

Samuel C. Faith, M.D., M.P.H.
AMERICAN BOARD of OPHTHALMOLOGY
General Ophthalmology
Corneal and External Disease
Refractive Surgery

Heath Anderson, O.D.
Therapeutics/Glaucoma
Optometrist

Daniel Crawford, O.D.
Therapeutics/Glaucoma
Optometrist

Cory Grifka, O.D.
Therapeutics/Glaucoma
Optometrist

Querido Paciente/Tutor,

Somos proveedores de mas de 300 planes de seguros medicos, cada cual con diferentes requerimientos. Como paciente es su responsabilidad de informar a nuestra oficina acerca de su plan de seguro medico incluyendo su tarjeta de poliza al momento de su visita. Si no se nos informa de esto al momento de su visita no podremos mandar su cargo despues del dia de su visita.

Paciente/Tutor

Nos es imposible saber los pormenores acerca de cada seguro medico. Usted debe estar familiarizado con los requisitos para que su seguro pague su visita. Su plan de seguro es una relacion entre usted y su empleador y la compania de seguro, cualquier pregunta acerca de sus beneficios o cobertura debe dirigirlas a su empleador o su agente de seguro.

Paciente/Tutor

Por favor informese antes de su visita si su poliza requiere autorizacion de su doctor primario. Asegurese de traer su autorizacion activa el dia de su visita. Si no trae su autorizacion, con mucho gusto lo podemos atender como paciente privado. **(NO ACEPTAMOS AUTORIZACION POR FAX).**

Paciente/Tutor

Informese si su plan requiere co-pago o deducible y este preparado para cubrir el monto adeudado al momento de su visita. Servicios que no sean cubierto por su seguro medico despues de 90 dias de su visita, seran transferidos a su responsabilidad. Entiendan que los beneficios que nosotros les damos son los que su seguro medico nos prove a nosotros. No es una garantia de pago, Este preparado para cubrir la refraccion, si su plan no lo cubre en el momento de su visita.

Paciente/Tutor

Gracias por ayudarnos en atenderlos mejor.

Entiendo esta informacion y estoy de acuerdo.

Fecha: _____



Carlos W. Vazquez, M.D.
AMERICAN BOARD of OPHTHALMOLOGY
Adult and Pediatric Ophthalmology
Neuro Ophthalmology

Samuel C. Faith, M.D., M.P.H.
AMERICAN BOARD of OPHTHALMOLOGY
General Ophthalmology
Corneal and External Disease
Refractive Surgery

Heath Anderson, O.D.
Therapeutics/Glaucoma
Optometrist

Daniel Crawford, O.D.
Therapeutics/Glaucoma
Optometrist

Cory Grifka, O.D.
Therapeutics/Glaucoma
Optometrist

AUTORIZACION DE INFORMACION MEDICA:

Yo autorizo a los doctores arriba mencionados para dar informacion a mi seguro medico con relacion a mis consultas medicas y tratamientos.

AUTORIZACION DE PA PAGO POR SERVIVIOS RECIBIDOS:

Yo autorize a mi seguro medico que pague directamente a los doctores arriba mencionados. Entiendo que soy financieramente responsable de mi cuenta en esta oficina y por los balances o servicios que mi seguro medico no pague o no cubra.

POLIZA DE HIPPA

Yo he recibido una copia de la poliza de HIPPA.

POLIZA SOBRE REFRACCION

La refraccion es el proceso para determinar el error de refraccion (la necesidad de usar lentes o contactos). Es una parte esencial de su examen de la vista, y es un servicio que no es cubierto por Medicare y muchos otros planes medicos privados. El costo de este servicio es entre \$25.00 y \$45.00 y se cobra al momento del servicio junto con su co-page o deducible. Si quiere tener una copia de su receta de lentes.

POR FAVOR FIRME ABAJO PARA QUE DE SU CONSENTIMIENTO DE MANDAR EL CARGO DE SUS VISITAS A SU SEGURO MEDICO, Y QUE ESTA DE ACUERDO SOBRE LA INFORMACION QUE LEVO ARRIBA.

Firma Paciente

Fecha



Carlos W. Vazquez, M.D.
AMERICAN BOARD of OPHTHALMOLOGY
Adult and Pediatric Ophthalmology
Neuro Ophthalmology

Samuel C. Faith, M.D., M.P.H.
AMERICAN BOARD of OPHTHALMOLOGY
General Ophthalmology
Corneal and External Disease
Refractive Surgery

Heath Anderson, O.D.
Therapeutics/Glaucoma
Optometrist

Daniel Crawford, O.D.
Therapeutics/Glaucoma
Optometrist

Cory Grifka, O.D.
Therapeutics/Glaucoma
Optometrist

CONSENTIMIENTO PARA RECETAR MEDICAMENTOS ELECTRONICAMENTE (EPRESCRIBING)

ePrescribing esta definido como la habilidad de su medico para transmitir recetas de maner electronica, precisa y libre de errores directamente a una farmacia desde su oficina. El Congreso ha determinado que la habilidad para transmitir recetas electronicamente es un elemento importante para una buena calidad en el cuidado de los pacientes. ePrescribing reduce significativamente errores en medicamentos e incrementa la seguridad del paciente. La ley de Modernizacion de Medicare (MMA) del 2003 cita requerimientos que deben ser incluidos en el programa ePrescribe, estos incluyen:

- **Transacciones de beneficios y formulario** – Proporciona al medico informacion acerca de que medicamentos estan cubiertos bajo su plan de medicamentos.
- **Historial de medicamentos** – Provee al medico informacion acerca de los medicamentos que el paciente ya esta consumiendo para reducir el numero de incidentes de reacciones adversas a medicamentos.
- **Notificacion de medicamento surtido** – Permite al medico recibir notificacion de la farmacia avisandole si el paciente ha recibido el medicamento que fue recetado, o no ha sido recogido, o si la receta ha sido surtida parcialmente.

Al Firmar este consentimiento usted esta de acuerdo con que West Texas Eye Associates pueda pedir y utilizar su historial de medicamentos ya sea de otros proveedores medicos asi como de farmacias, con el proposito de brindarle un mejor tratamiento.

Comprendiendo todo lo anterior, a continuacion doy mi consentimiento informado a West Texas Eye Associates para suscribirme en el programa de ePrescribe. He recibido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas a mi satisfaccion.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente o Persona Responsable: _____

Relacion con el paciente: _____

Fecha: _____

Medical Information Release Form
(HIPAA Release Form)

Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

Release of Information

I authorize the release of information including the diagnosis, records; examination rendered to me and claims information. This information may be released to:

Spouse _____

Child(ren) _____

Other _____

Information is not to be released to anyone.

This ***Release of Information*** will remain in effect until terminated by me in writing.

Messages

Please call my home my work my cell Number: _____

If unable to reach me:

you may leave a detailed message

please leave a message asking me to return your call

The best time to reach me is (day) _____ between (time) _____

Signed: _____ Date: ____/____/____

Witness: _____ Date: ____/____/____