



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(SR/SRA/SRITA) PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL (marque uno) Casado/Divorciado/Soltero/Viudo

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ APT/LOTE/HABITACIÓN/SUITE \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ SEXO (circule uno) MASCULINO /FEMENINO

TELÉFONO DE CASA \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_ N.º DEL SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_



CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE REMITE \_\_\_\_\_ UBICACIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA \_\_\_\_\_ UBICACIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_



SEGURO PRIMARIO \_\_\_\_\_ SEGURO SECUNDARIO \_\_\_\_\_

\*LLENAR ESTA SECCIÓN SOLO SI EL TITULAR DEL SEGURO ES ALGUIEN QUE NO SEA EL PACIENTE.

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

N.º DEL SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE (marque uno) PAREJA/HIJO/OTRO



AVISO DE LA PÓLIZA DE PRIVACIDAD - ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

Yo, \_\_\_\_\_, por el presente autorizo a Georgia Retina, P.C. a proporcionar información a compañías de seguros con respecto a mi diagnóstico y tratamiento. Confirmo que se me entregó una copia del Aviso de las Prácticas de Protección de la Privacidad emitido por Georgia Retina, P.C. en la fecha que se indica a continuación. Además, específicamente autorizo a Georgia Retina, P.C. para hablar de mi información de salud personal con las siguientes personas:

NOMBRE:	RELACIÓN:	NÚMEROS DE TELÉFONO:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal (si es diferente al anterior) \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

# GEORGIA RETINA

## HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



¿Alguna vez ha recibido tratamiento para lo siguiente?

S / N	Diabetes	Fecha de inicio de los síntomas:	S / N	Cáncer	Fecha de inicio de los síntomas:
S / N	Hipertensión	Fecha de inicio de los síntomas:	S / N	Tendencias anormales de sangrado	Fecha de inicio de los síntomas:
S / N	Colesterol alto	Fecha de inicio de los síntomas:	S / N	Enfermedad autoinmune	Fecha de inicio de los síntomas:
S / N	Enfermedad cardíaca	Fecha de inicio de los síntomas:	S / N	Problemas gastrointestinales	Fecha de inicio de los síntomas:
S / N	Enfermedad renal	Fecha de inicio de los síntomas:	S / N	Hepatitis A, B o C	Fecha de inicio de los síntomas:
S / N	Enfermedad pulmonar	Fecha de inicio de los síntomas:	S / N	SIDA/VIH	Fecha de inicio de los síntomas:
S / N	Enfermedad hepática	Fecha de inicio de los síntomas:	S / N	¿Nació usted prematuro?	
S / N	Accidente cerebrovascular	Fecha de inicio de los síntomas:	S / N	¿Está o podría estar embarazada?	



Enumere otras condiciones de salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique lo siguiente:

Cirugías generales (incluir la fecha): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Procedimientos o cirugías de los ojos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Colirios que usa actualmente: \_\_\_\_\_

Alergias y reacciones a medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes familiares de enfermedad de los ojos? S / N, ¿Qué enfermedad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# GEORGIA RETINA

## HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

.....

¿Fuma usted? S / N, En caso afirmativo, paquete/día \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ años.

¿Alguna vez ha fumado? S / N, En caso afirmativo, ¿en qué año dejó de fumar? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol? S / N, En caso afirmativo, ¿cuántos tragos por día? \_\_\_\_\_

¿Tiene un historia de abuso de alcohol o de medicamentos recetados o de venta libre? S / N

Estado civil: S / C / D / V, Número de hijos: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿En donde vive usted: (marque uno) solo, con amigos o familia, en un hogar de ancianos

.....

¿Recientemente le ha sucedido algunos de los síntomas siguientes? En caso afirmativo, marque uno.

Constitucional Fiebre / Perdida de peso / Cansancio / Perdida de apetito / Ninguno

Otorrinolaringología Perdida de audición / Dolor de garganta / Nariz que moquea / Ninguno

Cardiovascular Dolor de pecho / Falta de Aliento / Hinchazón de pies / Ninguno

Respiratorio Sibilancias / Tos / Ninguno

Endocrino Exceso de sed o orinar / Intolerancia de calor o frio / Ninguno

Gastrointestinal Dolor de abdominal / Nausea / Diarrea / Ninguno

Genitourinaria Sangre en el orine / Dolor al orinar / Ninguno

Integumentario Erupción / Cambios en lunares / Ninguno

Musculo esqueleto Dolor de musculo / Dolor en las articulaciones / Incomodidad de postura / Ninguno

Neurológico Debilidad / Ternura del cuero cabelludo / Dolor de cabeza / Mareos / Ninguno

Hematología Hematomas / Exceso de sangrar / Ninguno

Diabético Neuropatía / Nefropatía (riñón) / Diálisis / Ninguno

## ACUERDO DE POLIZA FINANCIERA (FPA)

Gracias por elegir a Gerogia Retina, PC, para tratar su condición de la retina. Estamos comprometidos con brindar una excelente atención a los pacientes. A continuación le proporcionamos una explicación de nuestro Acuerdo de Póliza Financiera (FPA). El paciente debe llenar el FPA y el Formulario de Información del Paciente (PIF) antes de recibir cualquier tipo de atención medica de nosotros.

### Favor de poner sus iniciales y firmar lo siguiente:

\_\_\_\_\_ 1. Cada paciente es responsable por su propia cuenta. Pago de co-seguros, copagos y deducibles deben ser pagadas en su totalidad en cada visita y antes de cualquier intervención quirúrgica. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito

\_\_\_\_\_ 2. Como cortesía, Georgia Retina presentará las reclamaciones a la compañía de seguro. Para lograr esto, usted debe presentar toda la información de su póliza de seguro y algún cambio a su póliza a nuestra oficina. Si la compañía de seguro que usted designe es incorrecta, usted será responsable del pago de la visita. **Su factura es su responsabilidad, aunque pague o no pague su compañía de seguro.**

\_\_\_\_\_ 3. "Pacientes de pago propio" (y pacientes con seguro médico limitado) están obligados a pagar el 100% de los servicios prestados en cada visita. Se espera un mínimo de \$500 en la visita inicial. Para tratamientos extendidos, arreglos de pago están disponibles y pueden realizarse con el personal de recepción antes de cualquier evaluación médica, procedimiento o tratamiento.

\_\_\_\_\_ 4. Facturas impagadas por más de 60 días serán entregadas a un tercero o agencia de cobranza. Cargos adicionales pueden incurrir en la colección de todos los saldos pendientes y también pueden resultar en el despido de la práctica.

\_\_\_\_\_ 5. Como un grupo especializado, algunas compañías de seguros requieren que el paciente obtenga una autorización o remisión antes de su visita. Es su responsabilidad saber si su seguro requiere esto y es su responsabilidad de obtener la autorización. Si esto no se realiza el día de su cita, se le pedirá posponer la cita o pagar el cobro total. Si se rechaza un reclamo porque no estaba una autorización válida o referencias en su lugar, el costo total de la visita será su responsabilidad.

\_\_\_\_\_ 6. Sobre cada cheque devuelto se cobrará una cuota de \$30.00.

\_\_\_\_\_ 7. De vez en cuando, usted puede pedirnos de completar varios formularios (tales como formas de discapacidad). Hay un cargo por este servicio de \$25 para completar estos formularios. El pago es debido antes que nosotros completemos estos formularios. Este cargo no está cubierto por su compañía de seguro y compensa los costes en que incurramos para completar estos formularios. Por favor permita 7 a 14 días hábiles.

\_\_\_\_\_ 8. Podemos cobrar hasta \$25 para la reproducción de sus expedientes médicos basadas en las reglas del estado de Georgia y el Gobierno Federal.

\_\_\_\_\_ 9. *Entiendo que falta de mantener una cuenta activa con Georgia Retina puede provocar tratamientos médicos sin urgencia a no ser provisto o despida del cuidado de Georgia Retina.*

\_\_\_\_\_ 10. Autorización a pagar beneficios: yo autorizo y dirijo a dicha agencia o compañía de seguro para pagar beneficios o pagos de seguros hecho en mi nombre, directamente a Georgia Retina, P.C., por los servicios profesionales prestados. Entiendo que esto en ninguna manera me alivia de mi responsabilidad personal para el pago de mi propia porción cuando se procesa una declaración. Se entiende que la firma de este formulario no prohíbe facturación mensualmente.

Al firmar abajo, admito el recibo de este FPA.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Partido responsable

X \_\_\_\_\_  
Representante de Georgia Retina, P.C.

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