

Registro del Paciente

Bay Eye Medical Inc.

Información del Paciente:

Nombre: _____ Género: Masculino Femenino
Domicilio: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Ciudad/Estado/Código: _____ Seguro Social: _____
Estado Matrimonial: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a)
Teléfono 1: _____ Domicilio Trabajo Celular
Teléfono 2: _____ Domicilio Trabajo Celular
Doctor Refiriendo Tratamiento: _____ Doctor Primario: _____
Correo electrónico: _____

Empleado del Paciente:

Empleado Retirado Desempleado Otro _____
Teléfono: _____
Empleador: _____

Persona En Caso De Emergencia:

Nombre: _____
Teléfono: _____
Relación: _____

Guardián O Asegurador Del Paciente: Igual al paciente Otro

Nombre: _____ Empleador: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____
Ciudad/Estado/Código: _____
Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social: _____

Seguranza Primaria: Igual al paciente Igual al guardián o asegurador Otro

Nombre del asegurado: _____ Relación al paciente: _____
Teléfono del asegurado: _____ Seguro Social: _____
Compañía: _____ Grupo: _____
Seguranza de vista: _____ Fecha de Nacimiento _____

Seguranza Secundaria Igual al paciente Igual al guardián o asegurador Otro

Nombre del asegurado: _____ Relación al paciente: _____
Teléfono del asegurado: _____ Seguro Social: _____
Compañía: _____ Grupo: _____
Seguranza de vista: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

HISTORIA MEDICA

CONFIDENCIAL

Nombre: _____ Nombre de su doctor primario: _____

Historia de Salud			
¿Tiene alguna enfermedad de lo siguiente? (Por favor describa brevemente)		¿Tiene alguna enfermedad de lo siguiente? (Por favor describa brevemente)	
Nariz, oreja, boca, garganta	Sí/No	Anemia	Sí/No
Congestion nasal/ alergias	Sí/No	Lupus	Sí/No
Asma o vias respiratorias	Sí/No	Síndrome de Sjogren's	Sí/No
Corazon	Sí/No	Neurologicos	Sí/No
Presion alta	Sí/No	Dolor de cabeza	Sí/No
Cancer	Sí/No	Migranas	Sí/No
Hormonas	Sí/No	Ataque Cerebral	Sí/No <i>Fecha</i> _____
Diabetes	Sí/No	Rinones	Sí/No
¿Nivel de azuvar? _____	Años _____	Estomago/intestino	Sí/No
Tiroide	Sí/No	Hepatitis	Sí/No
Piel	Sí/No	HIV Positivo	Sí/No
Artritis	Sí/No	¿Ha tenido alguna cirugia	Sí/No
Muscular	Sí/No	grande?	
Sangre	Sí/No	¿Otros problemas medicos?	Sí/No
Colesterol Alto	Sí/No		

Historia Familiar

Cegera	Sí/No	¿Quien? _____
Glaucoma	Sí/No	_____
¿Separacion de la retina	Sí/No	_____
Migranas	Sí/No	_____
Diabetes	Sí/No	_____

Historia de sus Ojos:

¿Usa lentes de contacto? Sí/No

Tipo de lentes: _____

¿Esta interesado en corregir la vista con laser? Sí/No

¿Ha tenido alguna cirugia, enfermedad o golpe en los ojos? Describa: _____

Historia Social

¿Usted maneja? Sí/No

¿Toma alcohol? Sí/No

¿Usted fuma? Sí/No

Ocupacion _____

Pasatiempos: _____

¿Cuantas horas al dia usa la computadora? _____

Anote los medicamentos que le dan alergia:

Por favor, anote todas las medicinas que toma (o presente una lista de ellas):

Firma: _____

Fecha: _____



BAY EYE MEDICAL GROUP, INC.

Rex C. Hsei, M.D.
Clement J. Cheng, M.D.
Eye Physicians and Surgeons

AUTORIZACIÓN POR VIDA DE LOS BENEFICIOS DE LA ASÉGUANZA É INFORMACIÓN SOBRE SU CUENTA PARA TODOS LOS PACIENTES

Bienvenidos a Grupo Médico Bay Eye, Inc. Ya que las compañías de áseguranza cambian contrato, planes y beneficios frecuentemente, es difícil para nosotros verificar que su áseguranza es la cual con la que estamos contratados el día de su visita. Nosotros intentamos confirmar su cobertura bajo la áseguranza, pero no siempre es posible asertár esta información adecuadamente el día de su visita. Usted debe confirmar sus beneficios y si Grupo Médico Bay Eye y sus doctores son provéedores contratados ántes de su visita. Por favor tenga en cuenta que sometemos la cuenta a su áseguranza como un servicio a usted. Es su responsabilidad estar al tanto en la cobertura de su áseguranza y sus requisitos, la cobertura de medicos, la cobertura de servicios, deducibles, y la cantidad en co-pagos. De cuálquier manera, usted sí sera visto por nuestros doctores ya que no queremos detenerle servicios inapropiadamente. Cuando usted llége a la recepción, le haremos una copia a su tarjeta de áseguranza para nuestro regístro. Haciendo una copia de su tarjeta de áseguranza no confirma que usted tiene cobertura con nosotros.

Al firmar ábajo, yo pido que pagos de los beneficios de la áseguranza sean hechos a mi beneficio al Grupo Médico Bay Eye para servicios concedidos por sus medicos/ provéedores. Yo éntiendo que mi firma pidiendo que pago sea hecho áutoriza que información medica necesaria sea dada para ásegurar pago. Esto incluye dar recetas á otros doctores y tiendas de lentes.

PACIENTES DE MEDICARE: Yo pido que pago de beneficios autorizados por Medicare sean hechos a mi ó para mi beneficio a Grupo Médico Bay Eye para cualquier servicio dado. Yo áutorizo que Información medica de mí sea dadá a los Centros de Medicare y Servicios de Medicaid (CMS) y sus agentes para cualquier información necesaria para determinar estos beneficios ó los beneficios que son aceptados para servicios asociados. Éntiendo que Bay Eye ha concedido áceptar el cargo permitido tal como na sido determinado por Medicare como el cobro completó. Medicare paga 80% del cobro y éntiendo que yo soy responsable por el balance del cargo, deducibles, co-áseguranza y servicios que no son cubiertos. Co-áseguranza y deducibles son determinados por la áseguranza. Yo éntiendo que Medicare no cubre servicios de refracción. Yo seré personalmente y completamente responsable de la refracción del examen. Medicare (y la mayoría de otras áseguranzas) no cubren anteojos ó medicamentos en la mayoría de los casos. En caso de que otra áseguranza (áseguranza secundária) sea indicada mi firma áutoriza que información sea dadá a tal áseguranza ó ágencia.

HMO/ PACIENTES CON AUTORIZACIÓN PREVIA: Yo éntiendo que soy ultimadamente responsable de autorizaciones para el cuidado/tratamiento dadó por Grupo Médico Bay Eye. **EN CASO** que un servicio no sea áutorizado ó sea rechazado, yo asumo responsabilidad entera por cualquier ó todo el cobro, incluyendo co-pagos y deducibles.

Es su responsabilidad saber si Grupo Médico Bay Eye es un provéedor de su compañía de áseguranza. Si nosotros le provéemos servicios a usted y **NO SOMOS** un provéedor contratado, su compañía de áseguranza nos indicara que usted es responsable por todo ó gran parte de su cuenta.

PAGO PRIVADO DE LOS PACIENTES: Pago por los servicios dados se espera el día del servicio. Nosotros ofrecemos un descuento de 10% por su cooperación y pago puntual en sus servicios medicos (esto no incluye la Corrección de la Vista con Laser - Laser Vision Correction, Medicamentos ó materiales). En el futuro, en caso de que obtenga cobertura medica ó de la vision, por favor díganos y nosotros estaremos de ácuero en mandarle la cuenta para su beneficio.

Nosotros estamos comprometidos en provéerle servicio de calidad. Con los cambios en el cuidado medico, ésto puede ser un procedimiento consumidor. Gracias en adelante por su cooperación y paciencia.

Grupo Medico Bay Eye, Inc.

- Dr. William Adams
- Dr. Rex Hsei
- Dr. Clement J. Cheng
- Dra. Orkida Solomon

Yo he leído la información de arriba. Yo éntiendo que todos los servicios rendidos son ultimadamente mi responsabilidad. En caso de que Grupo Medico Bay Eye, Inc. no sea un provéedor contratado, ó en caso de que los servicios rendidos no sean beneficios cubiertos bajo mi plan, yo seré responsable por todos los cargos relacionados a los servicios dados y pagare la cuenta completa.

FIRMA DEL PACIENTE (PERSONA RESPONSABLE)

FECHA

Bay Eye Medical Group

INFORMACION IMPORTANTE SOBRE PAGE DE REFRACCION

Refracción es el proceso que determine el error refractivo del ojo o la necesidad de lentes y/o lentes de contacto. Es una parte esencial de un examen de los ojos, **no es cubierto** por Medicare o la mayoría de seguros. Por lo tanto, se convierte en la responsabilidad del paciente para pagar la porción del examen de refracción. El costo de nuestra oficina para una refracción son \$60.00. Favor de notificar a la enfermera y el doctor si no quiere una refracción al tiempo de su consulta.

He leído la información anterior y entiendo que la refracción es un servicio **no es cubierto**. Asumo la responsabilidad económica por el costo del servicio. El copago es independiente y no está incluido en el precio de la refracción.

Firma de paciente

Fecha

Confirmacion de que ha recibido un documento sobre su derecho a la privacidad de su historia medica para **Bay Eye Medical Group, Inc.**

He leído y entendido los derechos a la privacidad de mi informacion medica si desea una copia para llevar a casa , por favor pregunte y se le proporcionará una en la recepción). Doy consentimiento para que me informacion se use para tratamiento, pago y procedimientos en el cuidado de mi salud.

Yo autorizo a Bay Eye Medical Group y a su personal a utilizar y discutir mi cuidado con miembros de mi familia inmediata o amigos si es necesario. Por favor incluya cualquier excepcion a continuacion:

Fecha: _____ Nombre (letra de imprenta): _____

Firma: _____
(Paciente/Representate/esposo(a)/persona que paga)

Si este documento lo firma alguien que no sea el/la paciente, especifique su relacion legal con respect a la paciente: _____

Confirmacion de que ha recibido un documento sobre su derecho a la privacidad de su historia medica para **Bay Eye Medical Group, Inc.**

He leído y entendido los derechos a la privacidad de mi informacion medica si desea una copia para llevar a casa , por favor pregunte y se le proporcionará una en la recepción). Doy consentimiento para que me informacion se use para tratamiento, pago y procedimientos en el cuidado de mi salud.

Yo autorizo a Bay Eye Medical Group y a su personal a utilizar y discutir mi cuidado con miembros de mi familia inmediata o amigos si es necesario. Por favor incluya cualquier excepcion a continuacion:

Fecha: _____ Nombre (letra de imprenta): _____

Firma: _____
(Paciente/Representate/esposo(a)/persona que paga)

Si este documento lo firma alguien que no sea el/la paciente, especifique su relacion legal con respect a la paciente: _____