

**GARAY EYE CARE AND SURGERY CENTER PA
BIRD EYE INSTITUTE**

895 Outer Road Orlando, FL 32814
1603 S. Hiawasse Rd., Ste 100 Orlando, FL 32835
(407) 644-4477 Fax (407) 644-9549

Dr. Leslie Garay M.D Dr. Eugenio F. Bird M.D.

Complete y firme donde se indica

Informacion del paciente:

Apellido: _____ **Primer nombre:** _____ **Fecha:** _____

Fecha De Nacimiento ____/____/____ Edad ____ Sexo: M F Seguro Social ____ - ____ - ____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Telefono #(____) _____ Telefono trabajo (____) _____ EXT _____

Celular# (____) _____ Correo electronico _____

Me gustaria que me recordaran de mi cita Texto Correo electronico llamada
(encierre en un circulo)

Ocupacion _____ Empleador _____

Direccion de Empleo _____

Nombre de Seguro medico _____ Numero de poliza _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de Nacimiento del asegurado ____/____/____

Relacion con el Paciente _____

Estado Legal Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Nombre de seguro secundario _____ Poliza numero _____

Si esta Casado/a complete las siguientes preguntas

Apellido de su Esposo/a _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Numero de Seguro social ____ - ____ - ____

Su Esposo/a esta trabajando? SI NO Podemos compartir su informacion con el/ella SI NO

Empleador _____ Direccion de empleador _____

Como se entero de nuestra clinica? _____

Contacto de emergencia (nombre de un familiar cercano o amigo/a)

Nombre _____ Telefono _____

relacion con el paciente _____ Ciudad/Estado _____

**GARAY EYE CARE AND SURGERY CENTER PA
BIRD EYE INSTITUTE**

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____

REVISION DE SINTOMAS

HISTORIAL MEDICO

(MARQUE LA RESPUESTA APROPIADA)

- ___ Disminucion de vision
- ___ Destellos de luz
- ___ Sensibilidad anormal a la luz
- ___ Circulos de luz
- ___ Problemas con el resplandor
- ___ Ojos rojos
- ___ Incomodidad en los ojos
- ___ Resequedad de los ojos
- ___ picazon en el ojo
- ___ Tension en la parte de atras del ojo
- ___ lloriqueo en los ojos
- ___ descarga del ojo
- ___ Costras en los parpados
- ___ Vision doble
- ___ Dolores de cabeza
- ___ Lineas irregulares en la vision
- ___ Vision distorsionada

- ___ Cirugia de ojo
- ___ Lesiones en el ojo
- ___ Infeccion severa del ojo
- ___ Ojo perezoso
- ___ Parpado caido
- ___ Enfermedades de la cornea
- ___ Cataratas
- ___ trantorno de la retina
- ___ Tumor en el ojo
- ___ Desviacion del ojo
- ___ Diabetes
- ___ Presion Alta
- ___ Problemas de Corazon
- ___ Problemas de pulmon
- ___ Problemas neurologicos
- ___ Problemas de tiroide
- ___ Migrañas
- ___ -Lupus
- ___ -Asma
- ___ -Infarto
- ___ -Glaucoma
- ___ -Otras cirujias
- ___ -Degeneracion macular
- ___ -Cancer
- Si es asi, Que Tipo
- _____
- ___ -Colesterol

- Otras enfermedades _____

- Otras Cirujias _____

-Actualmente usted esta viviendo en un ancianato o un centro de enfermeria? SI NO

-Nombre y direccion del establecimiento _____

**GARAY EYE CARE AND SURGERY CENTER PA
BIRD EYE INSTITUTE**

HISTORIAL COMPLETO DEL PACIENTE

NOMBRE _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____ **FECHA** _____

HISTORIA FAMILIAR

Sus hermanos, padres o abuelos tienen....

- Cataratas
- Degeneracion macular
- Seguera
- Desprendimiento de la retina
- Glaucoma

Usted usa espejuelos?
si lo hace, con que proposito?
(distancia)___(lectura)___
(Bifocales)___(progresivos)___

Usted usa lentes de contacto?
nombre de los contactos _____
(suaves)___(toricos)___(gas permeables)___
Desechables___ uso extendido___
receta actualizada _____
curvanna _____
diametro _____

Enliste todas las alergias a medicamentos que usted tenga

Enliste todos sus medicamentos actuales:

dosis frecuencia

Esta usando Flomax ?

SI ___ NO ___

1. _____ / _____ / _____
2. _____ / _____ / _____
3. _____ / _____ / _____
4. _____ / _____ / _____
5. _____ / _____ / _____
6. _____ / _____ / _____

HISTORIAL SOCIAL

- Usted fuma
- Esta embarazada
- Usa computadora frecuentemente
- usted consume alcohol
- tiene algun transtorno ocular

INFORMACIÓN DEL MEDICO PRIMARIO

NOMBRE DEL DOCTOR: _____
DIRECCION: _____
TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

NOMBRE: _____
DIRECCION: _____
TELÉFONO: _____

**GARAY EYE CARE AND SURGERY CENTER PA
BIRD EYE INSTITUTE**

Consentimiento para divulgar y / u obtener información

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del Padre o representante legal: _____

Mi firma en este formulario indica que yo (padre o representante legal)

- Autorizo a los terapeutas contratados y representantes de la compañía para que divulguen y / u obtengan información médica / médica y educativa específica de los registros del niño mencionado anteriormente.
- Entiendo que puedo solicitar una copia de cualquier información que se divulgue u obtenga
- Acepto que una copia de este consentimiento puede tratarse como un original
- Comprendo que si el registro contiene información relacionada con infección por VIH, SIDA o afecciones relacionadas con el SIDA, abuso de alcohol, abuso de drogas o pruebas genéticas, esta divulgación puede incluir esa información
- Comprendo que esta información puede divulgarse de cualquiera de las siguientes maneras: fax, correo electrónico, correo directo, comunicación inalámbrica o por teléfono
- Comprendo que, si bien no se negarán los servicios debido a la falta de firma de este formulario de consentimiento, la imposibilidad de recopilar la información necesaria puede causar la denegación de elegibilidad para los Servicios de terapia con Southland Therapy Services, Inc.
- Otorgo consentimiento desde la fecha en que firmo el consentimiento hasta el alta del paciente de Southland Therapy Services, Inc. • Autorizo a Southland Therapy Services, Inc. a usar y / o divulgar mi información médica protegida a médicos, pagadores de servicios de atención médica y otros proveedores de atención médica para ayudar a proporcionar el tratamiento adecuado para mi hijo.

Firma del padre o representante legal: _____ **Fecha:** _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por ley, estamos obligados a proporcionarle nuestro Aviso de prácticas de privacidad (NPP). Este Aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información médica. También le indica cómo puede obtener acceso a esta información. Como paciente, tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información;
2. El derecho a solicitar correcciones a su información;
3. El derecho a solicitar que su información sea restringida;
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales;
5. El derecho a un informe de divulgaciones de su información; y
6. El derecho a una copia impresa de este aviso si lo desea.

Queremos asegurarle que su información médica / protegida de salud está segura con nosotros. Este Aviso contiene información sobre cómo nos aseguraremos de que su información permanezca privada. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el nombre que figura en la lista y el número de teléfono en esta página:

Reconocimiento de aviso de prácticas de privacidad

"Esto reconoce que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta práctica. Entiendo que si tengo preguntas o quejas sobre mis derechos de privacidad, puedo contactar a la persona mencionada anteriormente. Además, entiendo que la práctica ofrecerá las actualizaciones de este Aviso de prácticas de privacidad en caso de que se modifique

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre o representante legal: _____

**GARAY EYE CARE AND SURGERY CENTER PA
BIRD EYE INSTITUTE**

Autorización Para El Uso o Declaración de Información de Salud HIPAA

Mi firma situada al final de esta hoja, al igual que mi respuesta a los artículos abajo indicados, autorizan el uso y declaración de información concerniente a mi salud por el Doctor Winston, sus asociados y su equipo de soporte. Mi respuesta a las siguientes estipulaciones especifican con un SI o un NO mis deseos con respecto a mi declaración de mi información médica para los propósitos indicados.

SI__NO__ Dr. Garay/Dr. Bird podrá informar a cualquiera que conteste mi número de teléfono de mi domicilio o trabajo indicado acerca de citas futuras, así como el intento de asegurarme una cita futura, reclamar resultados de exámenes o la llegada de materiales oftálmicos (anteojos, lentes de contacto, los cuales requieran de mi atención).

SI__NO__ Dr. Garay/Dr. Bird puede dejarme mensajes en mi contestadora al número de teléfono de mi domicilio y de mi trabajo para informarme de citas futuras, intentos de asegurar una cita en un futuro, resultados de exámenes o a la llegada de materiales oftálmicos, los cuales puedan requerir de mi atención.

SI__NO__ Dr. Garay/Dr. Bird podrá enviarme tarjetas postales a la dirección indicada para informarme de citas futuras, intentos de asegurar una cita futura o a la llegada de cualquier material oftálmico los cuales puedan requerir mi atención.

SI__NO__ Dr. Garay/Dr. Bird podrá permitir, cualquier persona que me acompañe a la cita, sentarse en la sala de consulta y escuchar detalles acerca de mi historial médico concerniente a mi visita.

SI__NO__ Dr. Garay/Dr. Bird podrá discutir mis problemas de salud con mis familiares cercanos u otras personas mencionadas enseguida: _____

Yo también entiendo que se harán todos los esfuerzos razonables a todo momento por el Dr. Garay/Dr. Bird, sus asociados y su equipo de soporte para proteger la información médica dentro de las oficinas. Dr. Winston también ha solicitado que todos los socios de su negocio los cuales puedan recibir su información practiquen el mismo nivel de cautela. Un aviso con más información acerca de nuestras prácticas de privacidad se encuentra publicado en nuestra oficina para su revisión personal. Ud. puede solicitar una copia de dicho documento, el cual detalla los pasos que nuestra oficina está tomando para mantener su información personal condencial.

Entiendo que por medidas de seguridad, yo tendre que proveer una prueba de identificacion el día de mi cita.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento al enviar una carta a Leslie Garay, MD 895 Outer Rd., Orlando, Florida 32814. Excepciones al revoque del permiso incluye su uso o declaración ya hecha basada en un permiso original y como una condición para mi cobertura de seguro médico. Mi seguro médico tiene el derecho, por ley, de disputar un reclamo o póliza de seguro; lo cual requiere de mi información.

SI__NO__ Deseo recibir mas información atravez de mi correo electronico acerca de ofertas especiales y la revista mensual. (Por favor escriba su email.) _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

**GARAY EYE CARE AND SURGERY CENTER PA
BIRD EYE INSTITUTE**

AUTORIZO SER CONTACTADO POR MI PROVEEDOR DE CUIDADO VISUAL EN CUALQUIER NÚMERO O DIRECCIÓN QUE HAYA PROVISTO EN ESTE FORMULARIO O EN UN ENCUENTRO ANTERIOR CON EL MOTIVO DE ACTUALIZAR MI CUENTA O RECOLECTAR CUALQUIER MONTO EN DEUDA. ENTIENDO QUE MIS COPAGOS RELACIONADOS A UN EXAMEN DE VISTA Y CUALQUIER OTRO AJUSTE OPCIONAL DE LENTES DE CONTACTO DEBE SER PAGADO EL DÍA DE HOY, Y QUE LENTES O LENTES DE CONTACTO PUEDAN NO SER DISPENSADOS HASTA QUE DICHO MONTO SEA CUBIERTO. TAMBIÉN ENTIENDO QUE LOS PAGOS POR SERVICIOS NO SON REEMBOLSABLES NI NEGOCIABLES, Y QUE CUALQUIER PREESCRIPCIÓN DE LENTES DE CONTACTO REALIZADAS SON VÁLIDAS POR UN AÑO DE ACUERDO A LA LEY FEDERAL. ESTOY DE ACUERDO A PAGAR CUALQUIER COSTO DE RECOLECCIÓN RELACIONADOS A LA RECOLECCIÓN ALGÚN MONTO EN DEUDA DEBIDO A UNA FALTA DE PAGO. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR EL COSTO DE TODOS LOS MONTOS NO CUBIERTOS, ASÍ COMO SE ESPECIFICA EN DETALLE EN MI RECIBO, EL CUAL INCLUYE: FECHA ESPECÍFICA DEL SERVICIO, DESCRIPCIÓN DE CADA PROCESO/SERVICIO, Y EL MONTO DEL CUAL YO SOY RESPONSABLE. YO CERTIFICO QUE HE SIDO INFORMADO DE TODOS LOS SERVICIOS Y SU COSTO. YO AUTORIZO QUE MI PROVEEDOR DE CUIDADO VISUAL PUEDA REPORTAR MI INFORMACIÓN AL SEGURO MÉDICO, SI SON UN PROVEEDOR PARTICIPANTE EN MI PLAN. SIN EMBARGO, NO GARANTIZAN PODER OBTENER INFORMACIÓN SOBRE MIS BENEFICIOS Y/O COBERTURA, Y SI MI SEGURO NIEGA EL PAGO POR CUALQUIER SERVICIO REPORTADO, YO SERÉ EL ÚNICO RESPONSABLE DEL PAGO COMPLETO Y PUEDO CONTACTAR A MI COMPAÑÍA DE SEGURO DIRECTAMENTE SI HAY ALGUNA DISPUTA. MI PROVEEDOR DE CUIDADO DE VISTA TAMBIÉN PUEDE PROVEERME CON UNA DECLARACIÓN QUE YO PUEDA PRESENTARLE A MI COMPAÑÍA DE SEGURO, EN CASO DE QUE NECESITE SOLICITAR UN REEMBOLSO. ENTIENDO QUE CUALQUIER CITA DE SEGUIMIENTO RELACIONADA A LA EVALUACIÓN DE LENTES DE CONTACTO ESTÁN INCLUIDAS POR TRES MESES DESPUÉS DEL AJUSTE ORIGINAL DE LOS LENTES, Y SI SE REQUIRIERA ASISTENCIA DESPUÉS DE ESE PERIODO, SERÉ RESPONSABLE DE PAGAR EL SERVICIO PROFESIONAL. ADICIONALMENTE, YO SÉ QUE CUALQUIER OTRO SERVICIO QUE YO HAYA ACEPTADO PAGAR VERBALMENTE, ES MI RESPONSABILIDAD CUBRIR EL DÍA EN EL QUE SE HAGA EL SERVICIO. SI FUERA A RECIBIR UNA EXAMINACIÓN MÉDICA, ENTIENDO QUE MI PRINCIPAL SEGURO MÉDICO SERÁ FACTURADO Y YO SERÉ RESPONSABLE DE CUALQUIER DEDUCTIBLE, COSEGURO O COPAGO QUE PUEDAN SER NECESARIOS.

___ HE LEÍDO Y ENTIENDO LA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

FIRMA DEL PACIENTE (O PADRE/TUTOR) _____

FECHA _____

.....

Nombre de su farmacia _____

Dirección de su Pharmacia _____

Numero telefonico de su farmacia _____

**GARAY EYE CARE AND SURGERY CENTER PA
BIRD EYE INSTITUTE**

Comprehensive Patient History

895 Outer Road Orlando, FL 32814
1603 S. Hiawasse Rd, STE 100 Orlando, FL 32835
PH: 407-644-4477 Fax: 407-644-9549

Dr. Leslie Garay M.D. Dr. Eugenio F. Bird M.D

Una de las partes esenciales de un examen ocular es la refracción. La refracción es un examen ocular completo que mide la prescripción de un paciente para anteojos o contactos. Durante la prueba de refracción, el paciente se sentará en una silla mirando a través de un dispositivo especial llamado foróptero o refractor y se enfocará en una carta ocular a unos 20 pies de distancia. El foróptero contiene lentes de diferentes fuerzas. A medida que el médico o el técnico mueve las lentes, se le preguntará al paciente para identificar qué lentes hacen que la carta aparezca más o menos clara. Una prueba de refracción no sólo determina si un paciente necesita lentes correctivos, sino que también permite al médico realizar un seguimiento de la salud general de los ojos del paciente y buscar cualquier problema.

Mientras que la prueba de refracción es esencial para un examen ocular completo, el cargo por una refracción sólo está cubierto por planes de seguro de la visión. **Medicare y otros planes de seguro médico no cubren las refracciones Debido a que la prueba se considera parte de un examen de rutina y no una necesidad médica,** sólo cubrirán los gastos de la visión relacionados con la salud. Nuestra cuota de oficina para la refracción es **\$35.00** a menos que su plan cubra automáticamente el cargo por refracción, este cargo se cobra en el momento del servicio en el anuncio.

Si NO TIENE COBERTURA DE VISIÓN y aún desea que la refracción se realice hoy, por favor INICIAL a continuación:

_____ He leído la información anterior y entiendo que la refracción es un servicio no cubierto. Acepto la plena responsabilidad financiera por el costo de este servicio y entiendo que cualquier copago, coseguro o deducible que pueda tener son separados de, y no están incluidos en la tarifa de refracción.

Si desea **RECHAZAR** el servicio de refracción hoy, o desea **APLAZAR** el servicio hasta su próxima visita, por favor INICIAL a continuación:

_____ Declinaré o aplazaré el servicio de refracción hoy. Entiendo que sin la refracción, los médicos pueden no ser capaces de evaluar completamente la salud y la función de mis ojos. Si usted rechaza la refracción, no podremos prescribir nuevos anteojos o recetas de lentes de contacto en este momento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: (por favor imprima) _____