MALOUF EYE

6912 West Linebaugh Ave,
Suite102, Tampa, FL 33625
Phone 813-798-2020
Fax 813-798-3390
maloufeye.com

Información del paciente

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA PARA TODOS LOS PACIENTES: Complete de manera completa y clara.

Fecha ____/____/____

Nombre: _____ Sexo: Masculino o Femenino
Último Primer M.I.

Fecha de nacimiento: ____/____/_____ Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Nombre del paciente/tutor si el paciente es menor de 18 años: _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Ocupación: _____

¿Cómo se enteró de nosotros?: _____

PADRE, CÓNYUGE O PARTE RESPONSABLE (CONTACTO DE EMERGENCIA)

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre: _____
Último Primero

DIRECCIÓN: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Historial y formulario de admisión

Historial médico anterior (marque con un círculo todo lo que corresponda)

NINGUNO

Ansiedad	Enfermedad de las arterias coronarias	Problemas tiroideos
Depresión	Artritis	Leucemia
Asma	Diabetes	Cáncer de pulmón
Fibrilación auricular	Fin de la etapa renal	Linfoma
Reflujo	de médula ósea	Cáncer de próstata
Pérdida auditiva	Trasplante	Tratamiento de radiación
Hepatitis	Cáncer de mama	Convulsiones
Cáncer de colon	Presión arterial alta	Ataque
COPD	HIV/SIDA	Colesterol alto

Otro: _____

Historial quirúrgico pasado (marque con un círculo todo lo que corresponda e indique Derecha, Izquierda, Bilateral)

NINGUNO

Cataratas	Reemplazo de articulación en los últimos 2 años	Vejiga extirpada
Mastectomía	Biopsia de riñón	Riñón extirpado
Stents cardíacos	Eliminación de cálculos renales	Transplante de riñón
Biopsia de mama	Reducción de mama	Los ovarios extirpados
Implantes mamarios	Próstata extirpada	Colectomía
Biopsia de próstata	Extirpación de la vesícula biliar	Arteria coronaria
Extirpación del bazo	Reemplazo de válvula mecánica	Trasplante de corazón
Extracción de testículos	Reemplazo de válvula biológica	Histerectomía
Reemplazo de articulación (cadera)	Reemplazo de articulación (rodilla)	

Otro: _____

Historia familiar

¿Tiene antecedentes familiares de glaucoma? S / N Pariente: _____

¿Tienes familia historia de la degeneración macular? S / N Pariente: _____

¿Tiene usted diabetes en su familia? S / N Pariente: _____

Enfermedad ocular e historial quirúrgico

Presión	Cataratas	Ojos secos/lagrimeo
Sensibilidad a la luz	Glaucoma	Ojos rojos / Picazón / Dolor
Retinopatía diabética	Párpados caídos	Lesión
Visión doble	Visión borrosa	Destello
Desprendimiento de Retina	Destellos/moscas volantes Ceguera	Ardiente

Otro: _____

¿Usas lentes? S / N ¿cuántos años tienen? _____ **¿Usas lentes de contacto?** S / N ¿cuánto tiempo? _____

Sólo distancia	Sólo lectura	Bifocal	Diarios	Semanales
Trifocales	Progresivos		Quincenales	Mensuales

Medicamentos: (ingrese todos los medicamentos actuales)

_____

_____

_____

Alergias a medicamentos: (ingrese todas las alergias)

_____

_____

Historia social (círculo)

Tabaquismo: S / N

Ha fumado en el pasado

Actualmente fuma

Nunca fumé

Exfumador

Consumo de alcohol: S / N

EtOH- Ninguno

EtOH: menos de una bebida al día.

EtOH: 1-2 tragos por día

EtOH- 3 o más tragos por día

¿Vacuna contra el zoster (culebrilla)? Sí / No ¿Cuándo? _____

Alertas (marque con un círculo todas las que correspondan)

Alergia a la lidocaína Válvula cardíaca artificial Anticoagulantes Desfibrilador Marcapasos

Otro: _____

FARMACIA PREFERIDA

Nombre: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Por favor describa el motivo de su visita a la oficina hoy: (Ojo derecho o izquierdo)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

MALOUF EYE

6912 West Linebaugh Ave,
Suite 102, Tampa, FL 33625
Phone 813-798-2020
Fax 813-798-3390
maloufeye.com

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegir a Malouf Eye como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de la más alta calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer su comprensión de nuestras políticas financieras para pacientes.

Responsabilidades financieras del paciente

- El paciente (o el tutor del paciente, si es menor de edad) es el responsable del pago completo del tratamiento y la atención.
- Facturamos su seguro por usted. Sin embargo, el paciente está obligado a proporcionar la información más actualizada y correcta del seguro.
- Los pacientes son responsables del pago, de copagos, coseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro
- Los copagos vencen en el momento del servicio.
- El coseguro, los deducibles y los artículos no cubiertos por su seguro vencen 30 días después de recibir la facturación.

Los pacientes pueden incurrir y son responsables del pago de cargos adicionales, si corresponde. Estos cargos pueden incluir:

- Cargo por cheques devueltos $30.00

Reconocimiento y autorización del paciente

- Respetamos la confidencialidad del paciente y no divulgamos su información médica personal, solamente si es requerido por una agencia estatal o federal. El aviso adjunto describe nuestras políticas relacionadas con el uso de nuestros registros y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise esta política cuidadosamente.

Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido y leído el aviso de privacidad proporcionado por Malouf Eye. Por la presente, autorizo a Malouf Eye a divulgar información médica y de otro tipo adquirida en el curso de mi examen y/o tratamiento a las compañías de seguros necesarias, terceros pagadores y/u otros médicos o entidades que puedan participar en mi atención médica.

Nombre del paciente _____

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____

MALOUF EYE

6912 West Linebaugh Ave,
Suite102, Tampa, FL 33625
Phone 813-798-2020
Fax 813-798-3390
maloufeye.com

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

I authorize the release of my health information to **MALOUF EYE.** Please forward **a full and complete copy of my medical records** and all health information about me to Dr. Jorge Malouf via

Autorizo la divulgación de mi información de salud a MALOUF EYE. Envíe una copia completa y completa de mis registros médicos y toda la información de salud sobre mí al Dr. Jorge Malouf a través de

Fax: to 813-798-3390

O

Correo: 6912 W. Linebaugh Ave. Suite 102, Tampa, FL 33625.

The purpose for the use or disclosure is **to initiate and/or follow-up on care** with Dr. Jorge Malouf at Malouf Eye.

El propósito del uso o divulgación es para iniciar y/o dar seguimiento a la atención con el Dr. Jorge Malouf en Malouf Eye.

X_____

Nombre impreso del paciente/padre/tutor legal

X_____ _____

Firma y Fecha

MALOUF EYE

6912 West Linebaugh Ave,
Suite102, Tampa, FL 33625
Phone 813-798-2020
Fax 813-798-3390
maloufeye.com

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

Respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo posible para asegurar y proteger esa privacidad. Nos esforzamos por tomar las precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado y necesario, brindamos la información mínima necesaria solo a aquellos que consideramos que necesitan su información de atención médica en referencia a su tratamiento, pago u operaciones de salud, a fin de brindar la atención médica que más le conviene. de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996. Mi firma confirma que soy consciente de mis derechos a la privacidad con respecto a mi información protegida.

Malouf Eye utilizará un método de prescripción electrónica para permitirle surtir sus medicamentos en su farmacia o a través de su proceso de pedido por correo de RX. Esto también ayudará a los proveedores de atención médica de Malouf Eye a comprender qué otros medicamentos pueden haberle recetado otros proveedores.

Podemos usar su información para contactarlo. Por ejemplo: podemos enviarle recordatorios de citas anuales, también podemos llamarlo y recordarle sus citas. Si no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático/correo de voz, o con una persona que conteste el teléfono.

En Malouf Eye, nos comprometemos a tratar y utilizar la información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre usted de manera responsable. Este aviso 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 PHI. Este aviso se actualizó de acuerdo con la regla general de HIPAA y entró en vigencia el 23 de septiembre de 2013.

Por la presente afirmo que la información presentada (y cualquier apéndice) es verdadera según mi leal saber y entender y se proporciona aquí de buena fe.

He leído este aviso [X] Prefiero no leer y no se necesita copia [ ] Entiendo el aviso [ ] Se necesita copia y se entrega [ ]

La firma a continuación se aplica a las siguientes secciones del documento anterior.

X_____

Nombre impreso del paciente/padre/tutor legal

X_____ _____

Firma Fecha

MALOUF EYE

6912 West Linebaugh Ave,
Suite 102, Tampa, FL 33625
Phone 813-798-2020
Fax 813-798-3390
maloufeye.com

Consentimiento del paciente para uso y divulgación

de Información de Salud Protegida

Por la presente doy mi consentimiento para que Malouf Eye use y divulgue mi información médica protegida (PHI) para realizar operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO).

Con este consentimiento, la práctica puede llamarme o enviarme un correo electrónico a mi casa u otra ubicación alternativa y dejar un mensaje por voz, correo electrónico o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo la TPO, como recordatorios de citas, seguros artículos y todo lo relacionado con mi atención clínica, incluidos los resultados de las pruebas de laboratorio.

Con este consentimiento, la práctica puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a la práctica a realizar la TPO, como tarjetas de recordatorio de citas, declaraciones de pacientes y cualquier cosa relacionada con mi atención clínica, siempre que estén marcados como "Personal y confidencial"

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para permitir que la Práctica use y divulgue mi PHI para llevar a cabo la TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento y entiendo que pueda ser que cuando lo haga la práctica ya haya compartido información debido a mi consentimiento previo a la revocación. Si no firmo este consentimiento, o lo revoco más tarde, la práctica puede negarse a brindarle tratamiento.

La firma a continuación se aplica a las siguientes secciones del documento anterior.

X_____

Nombre impreso del paciente/padre/tutor legal

X_____ _____

Firma Fecha

MALOUF EYE

6912 West Linebaugh Ave,
Suite 102, Tampa, FL 33625
Phone 813-798-2020
Fax 813-798-3390
maloufeye.com

Política de inasistencia/cancelación tardía

Entendemos que ocasionalmente puede necesitar cancelar una cita. En tales circunstancias, por favor, contáctenos a más tardar 24 horas antes de la hora programada. Puede hacerlo llamando al [813.798.2020], enviando un correo electrónico a {info@maloufeye.com o a través del portal del paciente.

Si no se presenta a su cita, o si la cancela o reprograma dentro de las 24 horas previas a su cita, la consideraremos como inasistencia. Las inasistencias a citas pueden estar sujetas a **un cargo de $50.** El cargo por inasistencia es responsabilidad exclusiva del paciente y debe pagarse en su totalidad antes de su próxima cita. Si el cargo por inasistencia pudiera impedirle recibir la atención necesaria, por favor, contáctenos.

Sabemos que a veces surgen situaciones inesperadas. En caso de emergencias o circunstancias atenuantes, podemos eximir el cargo por inasistencia. Las exenciones se determinan caso por caso, a discreción exclusiva de la gerencia de la clínica. Si nuestra oficina debe cancelar su cita con menos de 24 horas de anticipación, el mismo día, para reprogramarla o cancelarla, no le cobraremos ningún cargo por cancelación.

Nombre _____

Firma_____ Fecha _____