

Nueva forma de registro de pacientes

Apellido		Nombre		Segundo nombre		Dirección de correo electrónico	
Dirección				Ciudad		Estado	Código Postal
# Teléfono de casa			# Teléfono de su trabajo			# Teléfono de su celular	
Sexo Masculino femenino	Fecha de nacimiento		Edad	# de Seguro Social		# Licencia de Conducir	
Estado civil Solo Casado Divorciado Viudo				Nombre de su Cónyuge (si corresponde) o contacto de emergencia:			
Nombre del empleador / ocupación				Dirección de su empleador			
Nombre del médico de atención primaria		Número de teléfono		Referencia nombre del médico		Número de teléfono	
¿Cómo se enteró acerca de la oficina o el médico que usted va a ver el día de hoy? Referido por otra persona TV/NBC Medios de comunicación social/Facebook Referido por familia/amigo/ Paciente establecido Periódico Sitio de Web TX Rangers Referido por medico/optometrista _____							

Compañía de seguros Primaria			Fecha de vigencia		Compañía de seguros Secundaria			Fecha de vigencia	
Dirección (calle o caja) de reclamaciones					Dirección (calle o caja) de reclamaciones				
Ciudad		Estado	Zip		Ciudad		Estado	Zip	
Número de identificación de la póliza		Número de identificación de grupo			Número de identificación de la política		Número de identificación de grupo		
Nombre del suscriptor		Fecha de nacimiento			Nombre del suscriptor		Fecha de nacimiento		
Seguridad Social de suscriptor #		Relación con el paciente			Seguridad Social de suscriptor #		Relación con el paciente		
Empleador del suscriptor		# teléfono del trabajo			Empleador del suscriptor		Trabajo número de teléfono		
Dirección del empleador del suscriptor					Dirección del empleador del suscriptor				
Ciudad		Estado	Código postal		Ciudad		Estado	Código postal	

Autorizo a empleados y agentes de Tylock-George (incluyendo médicos, asistentes médicos y enfermeras y otros empleados y miembros del personal) para hacer evaluaciones médicas y atención al paciente que se indican a continuación. Entiendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no se proporcionará atención médica excepto en un caso de emergencia.

Nombre del paciente: _____ **Fecha** _____

Medicamentos actuales:

- Enliste todos los medicamentos que usted toma habitualmente o que son prescritos para usted por un médico. (Incluya vitaminas, medicamentos de venta libre, gotas oftálmicas, medicamentos herbales, anticonceptivos, hormonas, etcétera).

Medicamento	Dosis	Con qué frecuencia	Razón

Si necesita más espacio, continúe con la lista de medicamentos en la parte posterior de la página →

Es usted alérgico a cualquier medicamento, látex, yodo, antibióticos, alimentos, polen, insectos,

Inhalantes o rayos x de contraste? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es "sí", por favor especifique _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Tylock-George and Eye Care se complace en ofrecer a nuestros pacientes la posibilidad de recibir su historial médico a través del acceso electrónico en línea de nuestra plataforma de registros electrónicos de salud. Este servicio se lo ofrecemos para su comodidad para comunicarnos electrónicamente con usted bajo los términos y condiciones descritos a continuación.

☐ Sí	Quiero que Tylock-George Eye Care comunique mi información médica conmigo a través de un sistema seguro que está diseñado para mantener segura mi información. → Se le notificará por correo electrónico cuando hay información segura para que usted pueda revisar. → El correo electrónico proporcionará un enlace que lo llevará al sitio seguro. Después de hacer clic en el enlace, se le pedirá una contraseña para iniciar sesión y así, acceder a su información. → Tendrá que anotar la contraseña para acceder a cualquier información futura.
☐ No	No quiero Tylock-George Eye Care me comunique mi información médica conmigo a través de un sistema de registro electrónico seguro.

Indique la dirección de correo electrónico que desea utilizar para recibir mensajes seguros.

Dirección de correo electrónico (Por favor imprima)

Divulgación de comunicación electrónica: Directrices de correo electrónico de Tylock George Eye Care

- Tylock George Eye Care (TGEC) sólo puede enviar correos electrónicos a sus pacientes. En la actualidad, TGEC no es capaz de aceptar correos electrónicos de pacientes por medio del sistema de mensajería.
- Todos los correos electrónicos que usted reciba de TGEC serán enviados bajo la cuenta de correo electrónico y nombre de Tylock George Eye Care (D.B.A. Tylock Eye Care).
- El paciente es responsable de notificar a TGEC puntualmente de cualquier cambio en su dirección de correo electrónico.
- Todas las comunicaciones electrónicas de TGEC serán registradas en su expediente médico. Aquellos que tienen acceso a su expediente médico también tienen acceso a los mensajes de correo electrónico enviados a usted.

Confidencialidad y privacidad

- Si el proceso de comunicación electrónica descrito anteriormente no es usado, no podemos garantizar la confidencialidad de la información.
- TGEC no compartirá su dirección de correo electrónico con ninguna persona que no esté autorizada para ver su expediente médico.

Consentimiento y acuerdo

He revisado cuidadosamente este documento y me comprometo a cumplir totalmente con las pautas definidas en el presente documento para la comunicación electrónica con TGEC. Entiendo que el servicio se ofrece sin costo alguno y que se me será notificados si una cuota es administrada por el servicio.

Firma del paciente

Fecha

Raza, etnicidad y Tipo de Comunicación Preferida

Tylock George Eye Care está desarrollando un método sistemático para recolectar datos sobre raza, etnicidad y el método de comunicación preferido directamente de sus pacientes o representantes legales. La finalidad de obtener esta información es asegurar que todos los pacientes reciban atención de alta calidad.

Nos gustaría que nos proporcionara con la siguiente información: raza y origen étnico. Sólo usaremos esta información para revisar el tratamiento que reciben nuestros pacientes y asegurarnos de que todos tengan la más alta calidad de atención.

Firma del Tutor Legal o paciente_____

Fecha_____

Visión nocturna - por favor indique todas las que apliquen: **Resplandor de luces | Halos | Doble visión I**

Edad actual _____

Ocupación _____

Cualquier comentarios/inquietudes _____

Por favor marque cualquiera de las siguientes condiciones que tiene o tuvo:

☐ Diabetes	☐ Asma	☐ Infección grave en los ojos
☐ Presión arterial alta	☐ Enfisema	☐ Lesiones oculares graves
☐ Enfermedades del corazón	☐ Bronquitis	☐ Enfermedad retiniana
☐ Artritis	☐ Accidente cerebrovascular	☐ Glaucoma
☐ Artritis reumatoide	☐ Enfermedad de la tiroides	☐ Catarata
☐ Osteoporosis	☐ Úlceras	☐ Epilepsia
☐ Enfermedad del riñón	☐ Colitis	☐ Cirugía previa de RK
☐ Coágulos de sangre	☐ Tuberculosis	☐ Antes de Lasik / PRK cirugía
☐ Colesterol alto	☐ Enfermedad autoinmune	☐ Cirugía de la catarata previa
☐ Enfermedad de la próstata	☐ Cáncer	☐ Iritis

Otras enfermedad significativa: _____

Otros problemas respiratorios _____

Otras cirugía ocular _____

Por favor indique las condiciones que han tenido los miembros de la familia. Por favor también indique su relación con esa persona:

☐ Ceguera ☐ Glaucoma ☐ Ojos cruzados/ambliopía (ojo vago)

☐ Catarata ☐ Desprendimiento de retina ☐ otra enfermedad grave en los ojos

¿Actualmente pesa usted más de 350 libras? (Límite de peso de cama láser) ☐ **Y e s** ☐ **N o**

Es usted, o ¿alguna vez ha sido, sucesivamente FLOMAX y JALYN para enfermedades de la próstata? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Quién es tu médico actual? _____

Tiene usted un testamento en vida? ☐ **Sí** ☐ **No** | ¿Tienes un poder notarial para atención de la salud? ☐ **sí** ☐ **No**

¿Ha tenido algún trauma o lesión de ojo? **Sí** o **No** en caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta

¿Ha tenido alguna infección de ojos? **Sí** o **No** (incluyendo úlceras y erosión corneal recurrente)

En caso afirmativo, especifique su respuesta _____

¿Cualquier cirugía previa de algún tipo? **Sí** o **No** (incluyendo RK, PRK, LC y LASIK)

En caso afirmativo, indique fecha aproximada _____

Fecha de su último examen ocular _____

¿Usa lentes de contactos? **Sí** o **No** | **Suave** o lente **duro**

¿Cuándo fue la última vez que utilizo los lentes de contacto? _____

¿Sufre de resequedad? **Nunca** | **De vez en cuando** | **A menudo** | **Siempre**

Preferencias del paciente con respecto a la comunicación:

Mi método preferido de comunicación con respecto a mi **condición médica** se indica a continuación (**Marque su preferido**):

☐ Teléfono de casa ☐ Teléfono del trabajo ☐ Teléfono celular

☐ Enviar por correo ☐ Enviar por correo electrónico

Si el método anterior de comunicación es por teléfono, favor marque la petición apropiada a continuación (**circule uno**):

☐ Deja un mensaje con toda la información.

☐ Deja un mensaje con un número de devolución de llamada sólo.

Tenga en cuenta que usted es responsable por cargos incurridos en la recepción de nuestras comunicaciones.

Mantener privada la información de nuestros pacientes es importante para nosotros y por defecto sólo revelaremos información relacionada con la **Cuenta de facturación** y **Las condiciones médicas** del paciente al **paciente** o **tutor**. Si desea añadir una lista de contactos adicionales (que no sea el tutor legal o paciente) para revelar este tipo de información, por favor complete los campos a continuación y seleccione las casillas de verificación apropiadas basadas en su aprobación para compartir su información con esa persona determinada. También, elija la persona que quiere que Tylock George Eye Care se dirija como su **Contacto de emergencia** en caso de una situación de emergencia que tenga lugar en nuestra oficina.

Nombre de contacto	Relación	Número De Teléfono
(Por favor escoja las que apliquen)		

Información de la cuenta de facturación | Información de la condición médica | Contacto de emergencia

La duración de esta autorización es de carácter indefinida a menos que revoque lo contrario por escrito. Tengo entendido que las solicitudes de información de salud de las personas que no figuran en este formulario requieren de mi autorización expresa antes de la divulgación de cualquier información de salud.

Nombre del paciente (por favor imprima) _____

Firma del Tutor Legal o paciente _____

Fecha _____

Por la presente autorizo el pago de los servicios médicos prestados directamente a Tylock George Eye Care o al médico correspondiente. Por este medio es otorgada mi autorización para liberar la información contenida en mi expediente médico a mi compañía de seguros médicos (o sus empleados o agentes) que sean necesarias para procesar y completar el reclamo del seguro médico. Entiendo que esta autorización puede incluir información sobre las enfermedades transmisibles, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida ("SIDA") y Virus de inmunodeficiencia humana ("VIH"). Entiendo que soy financieramente responsable por el pago total de los servicios prestados que pueden incluir servicios no cubiertos por las compañías de seguros. Estoy de acuerdo que todas las cantidades serán debidas a Tylock George Eye Care. Entiendo que si hay algún atraso para pagar mi cuenta, seré responsable del pago de los honorarios de abogado o gastos de la empresa de colección empleada.

La duración de esta autorización es indefinida y continua hasta ser revocada por escrito. Entiendo que al no firmar esta liberación de la información, yo soy responsable del pago de servicios en su totalidad antes de que sean prestados.

Nombre del paciente (por favor imprima) _____

Acuse de aviso de salud

Prácticas de información

La Health Insurance Portability y Accountability Act (**HIPAA**) es una regulación del gobierno federal diseñada para asegurar que usted sea consciente de sus derechos de privacidad y de cómo su información médica puede ser utilizada por nuestro personal en la prestación y organización de su atención médica.

Tylock-George Eye Care le está proporcionando con el aviso adjunto información acerca de cómo Tylock George Eye Care y sus médicos pueden usar y/o revelar información médica protegida sobre usted para tratamientos, pagos, operaciones de atención médica y según lo permitido por la ley.

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido una copia de las prácticas de información de salud de Tylock-George Eye Care.

Firma del Tutor Legal o paciente fecha