



# Formulario de historial médico

Por favor IMPRIMA

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

| <b>SALUD OCULAR</b>                                  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| Visión borrosa - Lejos <input type="checkbox"/>      | Secreción ocular <input type="checkbox"/>                 | Destellos <input type="checkbox"/>                          | Degeneración macular <input type="checkbox"/>        |
| Visión borrosa - Cerca <input type="checkbox"/>      | Visión doble <input type="checkbox"/>                     | Flotadores o manchas <input type="checkbox"/>               | Visión nocturna, deficiente <input type="checkbox"/> |
| Visión borrosa - Intermedia <input type="checkbox"/> | Párpado(s) caído(s) <input type="checkbox"/>              | Glaucoma <input type="checkbox"/>                           | Orzuelo, chalazión <input type="checkbox"/>          |
| Ojos ardientes <input type="checkbox"/>              | Ojos secos <input type="checkbox"/>                       | Halos <input type="checkbox"/>                              | Parpadeo(s) <input type="checkbox"/>                 |
| Protuberancia, lesión <input type="checkbox"/>       | Infección ocular <input type="checkbox"/>                 | Dolores de cabeza <input type="checkbox"/>                  | Ojos llorosos <input type="checkbox"/>               |
| Cataratas <input type="checkbox"/>                   | Lesión ocular <input type="checkbox"/>                    | Picazón en los ojos <input type="checkbox"/>                | Otro: _____  |
| Visión de color, deficiente <input type="checkbox"/> | Dolor ocular <input type="checkbox"/>                     | Sensibilidad a la luz / resplandor <input type="checkbox"/> |  |
| Ojos cruzados, vagos <input type="checkbox"/>        | Desmayos, pérdidas de conciencia <input type="checkbox"/> | Pérdida de visión <input type="checkbox"/>                  |  |

| <b>HISTORIAL MÉDICO</b>                 |   |
|---|---|
| ENFERMEDAD/CONDICIÓN                    | <input checked="" type="checkbox"/> Llenar todo lo que corresponda  |
| VIH/SIDA                                | <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuántos años? _____ ¿Cuál fue su último conteo de CD4? _____  |
| Asma                                    | <input type="checkbox"/>  |
| Cáncer                                  | <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ ¿Qué tipo? _____  |
| Diabetes (Tipo: _____)                  | <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuántos años? _____ ¿Con qué frecuencia se controla el nivel de azúcar en sangre? _____<br>¿Cuál fue la fecha de su último resultado de HbA1c? _____ Resultado de HbA1c _____ |
| Enfisema (EPOC)                         | <input type="checkbox"/>  |
| Enfermedad cardíaca                     | <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuántos años? _____ ¿Qué tipo? _____  |
| Presión arterial alta                   | <input type="checkbox"/>  |
| Enfermedad renal                        | <input type="checkbox"/>  |
| Migrañas                                | <input type="checkbox"/>  |
| Enfermedad tiroidea                     | <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuántos años? _____ ¿Qué tipo? _____  |
| Accidente cerebrovascular               | <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuándo? _____   |
| Convulsiones                            | <input type="checkbox"/>  |
| Otras enfermedades (por favor mencione) | <input type="checkbox"/> _____<br>_____<br>_____  |

| <b>HISTORIAL QUIRÚRGICO</b> |              |             |              |
|-----------------------------|--------------|-------------|--------------|
| Tipo: _____                 | Fecha: _____ | Tipo: _____ | Fecha: _____ |
| Tipo: _____                 | Fecha: _____ | Tipo: _____ | Fecha: _____ |
| Tipo: _____                 | Fecha: _____ | Tipo: _____ | Fecha: _____ |
| Tipo: _____                 | Fecha: _____ | Tipo: _____ | Fecha: _____ |



# Formulario de historial médico

Por favor IMPRIMA

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

| <b>MEDICAMENTOS</b> (Por favor liste <i>TODOS</i> ) <input type="checkbox"/> Ver lista adjunta |                  |            |                       |
|--|------------------|------------|-----------------------|
| Medicamentos/vitaminas/suplementos   | Dosis (mg, etc.) | Frecuencia | Razón del medicamento |
|  |                  |            |                       |
|  |                  |            |                       |
|  |                  |            |                       |
|  |                  |            |                       |
|  |                  |            |                       |
|  |                  |            |                       |
|  |                  |            |                       |
|  |                  |            |                       |

| <b>ALERGIAS</b> <input type="checkbox"/> No hay alergias conocidas a medicamentos |          |
|---|----------|
| Alergia   | Reacción |
|   |          |
|   |          |
|   |          |
|   |          |

| <b>HISTORIAL FAMILIAR</b> <input type="checkbox"/> No se conoce historial familiar significativo |   |  |
|--|---|--|
| ENFERMEDAD/CONDICIÓN   | Por favor, haga referencia a parientes sanguíneos si está marcado <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Ceguera <input type="checkbox"/>   | Asma <input type="checkbox"/>   | Migrañas <input type="checkbox"/>                  |
| Cataratas <input type="checkbox"/>   | Cáncer <input type="checkbox"/>   | Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/>       |
| Ojo cruzado, vago <input type="checkbox"/>   | Diabetes <input type="checkbox"/>   | Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> |
| Glaucoma <input type="checkbox"/>  | Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/>  | Convulsiones <input type="checkbox"/>              |
| Degeneración macular <input type="checkbox"/>  | Presión arterial alta <input type="checkbox"/>  | Otros: _____                                       |
| Otras enfermedades oculares: _____   | Enfermedad renal <input type="checkbox"/>   | Otros: _____                                       |

| <b>HISTORIAL SOCIAL</b>   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Uso de tabaco</b>  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí   | En caso afirmativo, tipo de tabaco: _____   |
| Actual: Paquetes/día _____ # de años _____  |   | Pasado: Fecha de cese _____ Paquetes/día _____ # de años _____  |
| <b>¿Bebe alcohol?</b>   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí   | <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Licor # de bebidas/semana _____ |
| <b>¿Usa marijuana?</b>  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí   | En caso afirmativo, que tan seguido: _____  |
| Tipo de consumo: <input type="checkbox"/> Fumar <input type="checkbox"/> Comestible <input type="checkbox"/> Tableta <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Vapear <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Otro: _____ |   |   |
| <b>Abuso de sustancias</b>  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí   | En caso afirmativo, tipo: _____ Qué tan seguido: _____  |
| <b>¿Puede manejar?</b>  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí   | En caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Sólo de día <input type="checkbox"/> Día y Noche                           |
| <b>Ocupación</b>  | <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Discapacitado |   |
| <b>Estado civil</b>   | <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Pareja                   |   |
| <b>Condiciones de vivienda</b>  | <input type="checkbox"/> Con familia <input type="checkbox"/> Sólo/a <input type="checkbox"/> Con cuidador <input type="checkbox"/> En centro de retiro <input type="checkbox"/> En asilo de ancianos                             |   |
| <b>Hospicio</b>   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí   |   |



# Formulario de historial médico

Por favor IMPRIMA

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

| <b>REVISIÓN DE SISTEMAS</b>    |   |
|--------------------------------|---|
| <b>CONDICIONES</b>             | <input checked="" type="checkbox"/> Marque las que aplican y <b>circule</b> todas las condiciones que le afectan<br><input type="checkbox"/> NINGUNA  |
| <b>CONSTITUCIONAL:</b>         | Fiebre, pérdida de peso, fatiga, pérdida de apetito, escalofríos, pérdida de peso inexplicable, fatiga, pérdida de apetito, sudores nocturnos.  |
| <b>OÍDOS, NARIZ, GARGANTA:</b> | Pérdida de audición, dolor de garganta, secreción nasal, boca seca, claudicación mandibular, dolor de oído.   |
| <b>CARDIOVASCULAR:</b>         | Dolor en el pecho, dificultad para respirar, hinchazón de los pies, dificultad para respirar al estar acostado plano, pulso acelerado, latidos irregulares, presión arterial estable.                             |
| <b>RESPIRATORIO:</b>           | Sibilancias, tos, tos con sangre, resfriados severos o frecuentes, dificultad para respirar.  |
| <b>GASTROINTESTINAL:</b>       | Dolor abdominal, náuseas, diarrea, heces con sangre, úlceras estomacales, estreñimiento, dificultad para tragar, úlceras gastrointestinales, ictericia o piel amarilla.   |
| <b>GENITOURINARIO:</b>         | Úlceras o llagas genitales, insuficiencia renal, problemas renales, cálculos renales, prostatitis, dolor testicular, secreción urinaria.  |
| <b>MUSCULOESQUELÉTICO:</b>     | Dolores musculares, dolor articular, dificultad para acostarse debido a molestias musculoesqueléticas, dolor al dormir o al despertar.  |
| <b>NEUROLÓGICO:</b>            | Debilidad, dolores de cabeza, sensibilidad en el cuero cabelludo, mareos, parálisis de extremidades, temblor, accidente cerebrovascular, entumecimiento, hormigueo en el cuerpo, convulsiones o ataques, desmayos |
| <b>PSIQUIÁTRICO:</b>           | Ansiedad, depresión, TDAH, Alzheimer, trastorno bipolar, confusión, demencia.   |
| <b>ENDOCRINO:</b>              | Sed excesiva, micción excesiva, intolerancia al calor, pérdida de cabello, piel seca, niveles altos de azúcar en sangre.  |
| <b>HEMATOLOGÍA/ONCOLOGÍA:</b>  | Moretones fáciles, sangrado prolongado, cáncer de mama, próstata, pulmón, piel, colon, otros.   |
| <b>ALERGIAS/INMUNOLÓGICO:</b>  | Enfermedad autoinmune, alergias estacionales, no especificadas.   |
| <b>OCULAR:</b>                 | Cataratas, glaucoma, desprendimiento de retina, ceguera, ojo vago, lesión/trauma ocular, problemas corneales, degeneración macular.   |
| <b>CUTÁNEO:</b>                | Erupción cutánea, cambio en lunar, erupciones cutáneas, llagas en la piel, cáncer de piel, picazón severa, pérdida de cabello.  |
| <b>MUJERES:</b>                | ¿Está embarazada? ¿Está amamantando?  |



7110 Wyoming Blvd NE, Albuquerque, NM 87109  
T- 505.346.0500 F- 505.346.0164

## Aceptación del aviso de prácticas de privacidad

Southwest Eyecare Specialists se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

- Me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Southwest Eyecare Specialists
- He **RECHAZADO** una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Southwest Eyecare Specialists
  
- Autorizo a Southwest Eyecare Specialists para divulgar mi información médica protegida a las siguientes personas u organizaciones con el fin de ayudarme en la coordinación de mi atención y tratamiento:**

| Persona(s) a las que puede divulgarse la información, autorizadas para usar o divulgar información |                    |
|--|--------------------|
| Nombre de la persona/organización  | Número de teléfono |
| Nombre de la persona/organización  | Número de teléfono |

Esta autorización seguirá en vigor hasta que sea revocada.

Consiento al uso y la divulgación de mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) por parte de Southwest Eyecare Specialists, P.C. (SWEC) para fines de diagnóstico o tratamiento de cualquier necesidad de servicios de salud según determinación de SWEC, para el cobro de pagos, y para el desempeño de las operaciones de servicios de salud de SWEC. Nuestro personal usará su información médica para enviarle recordatorios de sus citas, ya sea por correo, correo electrónico, correo de voz, mensajes de texto, llamadas telefónicas y por otros medios razonables. La inscripción en el portal de información para pacientes constituye su autorización para el uso apropiado de la información contenida en el portal, de acuerdo con los protocolos de privacidad y seguridad de la PHI. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en el uso o la divulgación de mi PHI, a criterio de SWEC. Tengo derecho a revocar este consentimiento y aceptación. Una copia íntegra de la Política de Privacidad conforme a la HIPAA, que describe los derechos de las personas y las obligaciones de SWEC, está disponible para que yo la examine. SWEC se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad sin previo aviso. Tengo derecho a solicitar una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad vigente. Un ejemplar de muestra de esas políticas está disponible, en inglés y español, en el sitio de internet de HHS en: <http://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/modelnotices.html>

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (a máquina o en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación del representante con el paciente

(Obligatoria si el paciente es un menor de edad o un adulto incapaz de firmar este formulario)

# SOUTHWEST EYECARE SPECIALISTS, PC

## POLÍTICA FINANCIERA

Modificada en enero de 2021

- **TARJETAS DE SEGURO:** Por favor asegúrese de que las tarjetas presentadas en cada visita estén vigentes y tengan los datos correctos.
- **AUTORIZACIONES:** Algunos planes de seguro exigen una autorización previa o una remisión para servicios de especialistas. Si su plan de seguro tiene alguno de esos requisitos, a usted le corresponde conseguir la autorización antes de su visita.
- **PAGO:** El pago debe cubrirse cuando se presten los servicios. Si presenta una reclamación de seguro, usted será responsable de cubrir todos los importes por concepto de copago, coaseguro y deducible al momento del servicio. Si no puede pagar dichos importes al momento del servicio, su cita puede posponerse, y se puede aplicar un cargo por cobranza de \$20 a su cuenta. Los saldos pendientes después de 3 estados de cuenta también están sujetos al cargo por cobranza.
- **SERVICIOS NO CUBIERTOS/CARGOS DENEGADOS:** Ciertos servicios pueden considerarse como servicios no cubiertos, o pueden ser denegados por su compañía de seguros por considerarse procedimientos de investigación, experimentales o no necesarios por motivos médicos. Si su médico siente que estos servicios son necesarios y se llevan a cabo, usted tendrá la obligación de liquidar en su totalidad los servicios en caso de que su compañía de seguros deniegue el pago. Nota: los procedimientos de refracción se consideran NO CUBIERTOS (consulte la sección REFRACCIONES más adelante).
- **PLANES MÉDICOS CON BENEFICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA:** Tome en cuenta que algunos planes médicos tienen beneficios rutinarios de cuidado de la vista. Sin embargo, en ocasiones esos beneficios de cuidado de la vista son con una compañía de seguros diferente. ***Southwest Eyecare podría participar con su plan médico, pero no con su plan de cuidado de la vista.*** Comuníquese con su compañía de seguros para verificar sus beneficios y averiguar si Southwest Eyecare es un proveedor de su plan médico. Presente todas sus tarjetas de seguro al registrarse, e informe si su visita es para atención rutinaria de la vista o si debe cobrarse a su seguro médico.
- **PROGRAMAS MEDICAID/CENTENNIAL:** Southwest Eyecare solamente participa en estos programas con remisión de un médico, y solamente para trastornos médicos. Southwest Eyecare no participa en la parte rutinaria de estos planes. Los pacientes de Medicaid están obligados a consultar a optometristas de la red para recibir servicios rutinarios de cuidado de la vista, ya que no podemos recetar anteojos.
- **CHEQUES DEVUELTOS E IMPORTES VENCIDOS:** Los cheques devueltos estarán sujetos a cargos por cobranza, recargos e intereses. Todas las cuentas se consideran vencidas si no se pagan dentro de un plazo de 60 días del servicio. Las cuentas vencidas pueden ser enviadas a cobranza y podrían estar sujetas a recargos e intereses, y se le podrían negar citas futuras hasta que los saldos anteriores se liquiden en su totalidad. Southwest Eyecare no acepta cheques posfechados.
- **CARGOS POR CIRUGÍA:** Southwest Eyecare hará todo lo posible para determinar los beneficios de su seguro antes de programar cualquier cirugía. Southwest Eyecare le notificará el importe aproximado que deberá pagar antes de la fecha de la operación. Recuerde que el importe solo es una estimación. Podría incurrir otros cargos (además de los honorarios del cirujano) por instalaciones quirúrgicas, anestesiólogo, laboratorio o radiólogo.
- **POLÍTICA DE CANCELACIONES:** Todas las citas que no se cancelen dentro de un plazo de 24 horas de la cita estarán sujetos a un **cargo de \$30 POR INASISTENCIA**. El cargo de \$30 debe cubrirse antes de que podamos hacer una nueva cita.
- **PLANES DE CUIDADO DE LA VISTA:** **Southwest Eyecare no participa en ningún plan de cuidado de la vista.** Además, **no ajustamos ni prescribimos lentes de contacto.** Si acude a un examen rutinario de la vista (sin un problema médico o una queja específica) usted será responsable de liquidar el costo de su consulta al momento del servicio. **Los exámenes rutinarios de la vista NO se cobran al seguro, y el costo de \$138 más impuestos debe liquidarse al salir.**
- **REFRACCIONES:** La refracción es el proceso de determinar si existe la necesidad de lentes correctivas. Es una parte esencial de un examen de la vista, y es necesaria para hacer una prescripción de anteojos. Presentaremos el cargo por la refracción a su seguro de salud, no tenemos contrato con ningún plan de cuidado de la vista. En caso de que el cargo por la refracción no sea cubierto por su seguro de salud, el paciente será responsable de cubrir el costo de \$55.

# POLÍTICA FINANCIERA

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CESIÓN DE BENEFICIOS

He leído y entendido la presente Política Financiera. Autorizo el pago directo de los beneficios de mi seguro a Southwest Eyecare Specialists, PC y prometo ayudar en el procesamiento de las reclamaciones de beneficios. Autorizo a todas las personas y entidades que tengan información referente a mí para entregar dicha información a mi aseguradora o a sus agentes, cuando sea necesario para determinar dichos beneficios o los beneficios a pagar por servicios relacionados.

### AUTORIZACIÓN DE POR VIDA PARA MEDICARE (solamente aplicable a pacientes con Medicare)

Solicito el pago autorizado de beneficios de Medicare, Medicaid/Medigap en mi nombre a Southwest Eyecare Specialist, PC por todos los servicios que me preste dicho proveedor de atención. Autorizo a todas las personas y entidades que tengan información médica para entregar a la Administración del Seguro Social, a CMS y a sus agentes la información necesaria para determinar los beneficios a pagar por los servicios relacionados.

Si usted no puede cumplir esta política, por favor hable con un representante de cuentas del paciente de nuestra oficina de facturación para acordar un plan de pagos que se aceptable para ambas partes. Reconozco, entiendo y acepto la Política Financiera de Southwest Eyecare Specialist, PC y así lo indico con mi firma en la parte inferior.

Nombre del paciente (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Representante/Autoridad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

NOTA: a partir del 1 de enero de 2011, Southwest Eyecare Specialists procesará todos los cheques mediante depósito remoto. El sistema usa la información de su cheque para hacer una transferencia electrónica de fondos. Pueden retirarse los fondos de su cuenta desde el mismo día en que hizo su pago, y su banco no le devolverá su cheque cancelado. Si prefiere que no se haga este proceso con su cheque, por favor pague con tarjeta de crédito. Gracias.



### **Aceptación de la receta de refracción**

La refracción es el proceso de determinar su mejor visión corregida, y si necesita anteojos correctivos. Es una parte esencial del examen de la vista, y es necesaria para hacer una prescripción de anteojos. La refracción NO es un servicio cubierto por Medicare o por la mayoría de los planes de seguro médico. Esos planes consideran la refracción como un servicio de "cuidado de la vista" y no un servicio "médico".

Presentaremos el cargo por la refracción a su seguro de salud, no tenemos contrato con ningún plan de cuidado de la vista. Si es cubierto por el seguro de salud, los copagos, coaseguros y deducible son responsabilidad del paciente, y se facturarán en consecuencia.

En caso de que el cargo por la refracción no sea cubierto por su seguro de salud, el paciente será responsable de cubrir el costo de \$55.

**Al firmar en la parte de abajo, usted reconoce que ha recibido la política de receta de refracción.**

**Nombre del paciente (en letra de molde):** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Padre/Madre/Representante/Autoridad:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_