



# Formulario demográfico del paciente

Por favor IMPRIMA

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

Apellido: _____	Primer nombre: _____	MI: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____	Estado: _____
_____	Código Postal: _____	

Número telefónico preferido: _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro: _____	Número telefónico alterno: _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--

*Estamos comprometidos a proporcionar servicios de calidad. Por lo tanto, es posible que periódicamente el negocio se comunique con usted para confirmar próximas citas y para obtener retroalimentación sobre su experiencia. Este contacto puede ser a través de mensajes de texto o correo electrónico; puedes optar por no participar en cualquier momento.*

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  Privado

Número de Seguro Social: _____	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja de vida
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____	<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____

Sexo:  Femenino  Masculino  Categoría adicional (por favor especifique) \_\_\_\_\_

Prefiero no responder

<u>Contacto de emergencia</u>	<u>Médico de cabecera</u>
Nombre: _____	Nombre: _____
Relación: _____	Dirección: _____
Número telefónico preferido: _____	Ciudad: _____ Estado: _____
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro: _____	Código Postal: _____ Teléfono: _____

*Nota: La siguiente información y categorías son solicitadas como parte de la Ley de Reforma de Atención Médica.*

Raza:  Afroamericano  Indígena American  Asiático  Caucásico  Hispano  Isleño del Pacífico

Otro: \_\_\_\_\_  Prefiero no responder

Etnicidad:  De origen hispano, latino o español  No hispano o latino  Otro: \_\_\_\_\_

Prefiero no responder

Idioma:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? <input type="checkbox"/> Valla publicitaria <input type="checkbox"/> Paseo en coche <input type="checkbox"/> Redes sociales <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Amigo/Paciente <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> De boca en boca <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Atención de urgencia/emergencia <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Médico referente Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
--	---



# 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"/> <i>Llenar todo lo que corresponda</i>
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? _____ ¿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"/> _____ _____ _____

<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 <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?                      ¿Está embarazada?                      ¿Está amamantando?

# SOUTHWEST EYECARE SPECIALISTS, PC

## POLÍTICA FINANCIERA

Versión revisada en enero de 2025

- **TARJETAS DE SEGURO:** Es indispensable que se presenten las tarjetas de seguro vigentes y con la información correcta en cada consulta.
- **AUTORIZACIONES:** Algunos planes de seguro requieren una autorización previa o una remisión para los servicios que prestan los especialistas. Si su plan de seguro lo requiere, debe obtener esta autorización antes de su consulta.
- **PAGO:** El pago debe realizarse al momento de recibir los servicios. Si presenta una reclamación a su seguro, deberá realizar el pago de cualquier copago, coaseguro y deducible al momento de recibir el servicio. Si no puede pagar estos montos al momento de recibir el servicio, es posible que su cita se re programe o su cuenta esté sujeta a un cargo por facturación de \$20. Los saldos pendientes de pago después de 3 estados de cuenta también estarán sujetos a un cargo por facturación.
- **SERVICIOS NO CUBIERTOS/CARGOS RECHAZADOS:** Es posible que algunos servicios no estén cubiertos o su aseguradora los rechace debido a que considera que son experimentales, de investigación o no necesarios desde el punto de vista médico. Si su médico considera que estos servicios son necesarios y se realizan, usted deberá pagar estos servicios en su totalidad en caso de que su aseguradora rechace el pago. Nota: Los exámenes de refracción **NO ESTÁN CUBIERTOS** (consulte la sección EXÁMENES DE REFRACCIÓN que se encuentra más adelante).
- **PLANES MÉDICOS CON COBERTURA DE VISIÓN:** Le informamos que algunos planes médicos incluyen cobertura de visión de rutina. Sin embargo, en ocasiones esta cobertura de visión es con una aseguradora diferente. *Southwest Eyecare puede participar en su plan médico, pero no en su plan de visión.* Comuníquese con su aseguradora para verificar sus beneficios y si Southwest Eyecare es un proveedor de su plan médico. Presente todas las tarjetas de seguro al momento de realizar el registro e informe si su consulta es para atención de la visión de rutina o si debe facturarse a su seguro médico.
- **PROGRAMAS MEDICAID/CENTENNIAL:** Southwest Eyecare participa en estos programas exclusivamente a través de remisión médica y únicamente para condiciones médicas. Southwest Eyecare no participa en la parte de rutina de estos planes. Los pacientes de Medicaid deben consultar a optometristas dentro de la red con respecto a los servicios de visión de rutina debido a que no podemos proporcionar recetas de lentes.
- **CHEQUES RECHAZADOS Y PAGOS VENCIDOS:** Los cheques rechazados estarán sujetos a cargos por cobranza, penalizaciones e intereses. Todas las cuentas se consideran vencidas si no se pagan en un plazo de 60 días posteriores al servicio. Es posible que las cuentas vencidas se transfieran a una agencia de cobranza y estén sujetas a penalizaciones e intereses, o a la negativa de futuras citas hasta que se liquiden los saldos pendientes. Southwest Eyecare no acepta cheques posfechados.
- **GASTOS POR CIRUGÍA:** Southwest Eyecare hará todo lo posible por determinar sus beneficios de seguro antes de realizar cualquier cirugía programada. Southwest Eyecare le notificará el monto aproximado que deberá pagar antes de la fecha de la cirugía. Tome en cuenta que este monto es solo una estimación. Es posible que se generen otros gastos, además de los honorarios del cirujano, de la instalación quirúrgica, el anestesiólogo, el laboratorio o el radiólogo.
- **POLÍTICA DE CANCELACIÓN:** Se realizará un **cargo de \$30 por NO ASISTENCIA** en todas las citas que no se cancelen con 24 horas de anticipación. El cargo de \$30 deberá pagarse antes de reprogramar su cita.
- **PLANES DE VISIÓN:** **Southwest Eyecare no participa en ningún plan de visión. Tampoco ajustamos ni recetamos** lentes de contacto. Si su consulta es para un examen de la vista de rutina (sin preocupaciones médicas o quejas principales), usted deberá realizar el pago total al momento de recibir el servicio. Los exámenes de la vista de rutina NO se facturan al seguro y el costo de \$150 más impuestos debe pagarse al momento de la salida.
- **EXÁMENES DE REFRACCIÓN:** El examen de refracción es el proceso para determinar si se necesitan lentes correctivos. Es una parte esencial de un examen ocular y necesario para realizar una receta de lentes. Realizaremos el cargo por el examen de refracción a su seguro médico, no tenemos contrato con ningún plan de visión. En caso de que su seguro médico no cubra el cargo por el examen de refracción, se realizará un cargo de \$60 que debe pagar el paciente.

## POLÍTICA FINANCIERA

### AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CESIÓN DE BENEFICIOS

He leído y entiendo esta Política financiera. Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Southwest Eyecare Specialists, PC, y me comprometo a colaborar en el trámite de las reclamaciones de beneficios. Autorizo que la persona que tenga mi información médica la divulgue a mi aseguradora o sus agentes según sea necesario para determinar estos beneficios o los beneficios que deben pagarse por servicios relacionados.

### AUTORIZACIÓN PERMANENTE DE MEDICARE (solo para pacientes de Medicare)

Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare. Los beneficios de Medicaid/MediGap deben pagarse en mi nombre a Southwest Eyecare Specialists, PC, por cualquier servicio que me preste dicho proveedor de atención médica. Autorizo que la persona que tenga mi información médica divulgue a la Administración del Seguro Social, los CMS o sus agentes la información necesaria para determinar estos beneficios que deben pagarse por servicios relacionados.

Si no puede cumplir con esta política, comuníquese con el Representante de Cuentas de Pacientes en nuestra oficina de facturación para acordar un plan de pago que sea conveniente para ambas partes. Reconozco, entiendo y acepto la Política financiera de Southwest Eyecare Specialists, PC, según lo indica mi firma a continuación.

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

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

Padre/representante/autoridad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

AVISO: A partir del 1 de enero de 2011, Southwest Eyecare Specialists procesará todos los cheques mediante depósito electrónico. El sistema utiliza la información de su cheque para realizar la transferencia electrónica de fondos. Los fondos pueden retirarse de su cuenta el mismo día que realice su pago y no recibirá el cheque cancelado de su banco. Si prefiere que su cheque no se procese de esta manera, realice su pago con tarjeta de crédito. Gracias.



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)



## **REFRACCIÓN RX Acuse de recibo**

La refracción es el proceso de determinar su visión mejor corregida y si necesita gafas correctoras. Es una parte esencial del examen oftalmológico y es necesaria para prescribir gafas. La refracción NO es un servicio cubierto por Medicare ni por la mayoría de los planes de seguro médico. Estos planes consideran que una refracción es un servicio de "visión", no un servicio "médico".

Vamos a presentar el cargo por la refracción con su seguro de salud, no estamos contratados con ningún plan de visión. Si está cubierto por el seguro de salud copagos, coaseguros y deducibles son responsabilidad del y se facturará en consecuencia.

En caso de que el cargo por la refracción no esté cubierto por su seguro médico, se aplicará una tasa de 60 \$ a cargo del paciente.

**Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido la política de Refracción RX.**

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

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

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