

Alergias (a medicinas o alimentos):

Medicamento/Alimento:

Reacción:

¿Requirio hospitalización para la alergia?:

1. _____

2. _____

3. _____

Medicinas:

Medicamento:

Dosis:

Veces al día
que toma el
medica-

Medicamento:

Dosis:

Veces al día
que toma el
medicamento

1. _____

6. _____

2. _____

7. _____

3. _____

8. _____

4. _____

9. _____

5. _____

10. _____

Gotas para los ojos:

Nombre de la gota:

¿Utilizado en qué ojo?

¿Cuántas veces al día la utiliza?

1. _____

derecho izquierdo ambos

2. _____

derecho izquierdo ambos

3. _____

derecho izquierdo ambos

Historial pasado de cirugías:

Cirugías del ojo

¿Qué ojo?

Año:

Otras cirugías:

Año:

1. _____

derecho izquierdo ambos

1. _____

2. _____

derecho izquierdo ambos

2. _____

3. _____

derecho izquierdo ambos

3. _____

Problemas médicos de la familia:

Tiene su familia historial de:

() glaucoma

¿Qué pariente? _____

() diabetes

¿Qué pariente? _____

() problemas de retina

¿Qué pariente? _____

() degeneración macular

¿Qué pariente? _____

() un ojo cruzado o des-
viado

¿Qué pariente? _____

Enumere cualquier otro problema médico que exista en su familia: _____

Información del seguro

SI EL ASEGURADO DEL SEGURO ES IGUAL QUE EL PACIENTE, MARQUE POR FAVOR AQUÍ:

Nombre del asegurado principal: _____
Apellido Nombre

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Núm. de Seguro Social: _____

Dirección (si es diferente a la del paciente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Patrono del asegurado principal: _____ Ocupación: _____

Dirección del negocio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono del negocio: _____

Compañía de seguros (primario): _____

Número del contrato: _____ Número de grupo: _____

Número de identificación del suscriptor: _____

Compañía de seguros (secundario): _____

Núm. del contrato: _____ Núm. de grupo: _____

Núm. de identificación del suscriptor: _____

Asignación de los beneficios del seguro

Yo, el infrascrito, tengo cubierta de seguro con: _____
Nombre del asegurador

y asigno directamente a Fuquay Ophthalmology and Glaucoma, PC todos los beneficios médicos, y de cualquier otro, que de algún modo sean pagaderos a mi por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos los pague o no el seguro. Si por alguna razón la cuenta se atrasa o llega a ser delincente, yo acepto pagar todos los cargos de re-facturación, costos de recaudo y honorarios razonables por servicios legales, en adición a la cantidad adeudada. Autorizo por este medio a Fuquay Ophthalmology and Glaucoma, PC, el proveer toda la información necesaria para el pago de beneficios. Autorizo el uso de mi firma en todas mis sumisiones o reclamaciones al seguro.

Firma del asegurado o tutor

Fecha

Autorización de Medicare

Solicito que el pago de beneficios autorizados por Medicare se haga a nombre de Fuquay Ophthalmology and Glaucoma, PC por cualquier servicio proporcionado a mi por dicha practica. Autorizo cualquier custodia de información médica sobre mi persona, el proveer a la Administración del Financiamiento del Cuidado Médico (HCFA), por sus siglas en ingles, y sus agentes cualquier información necesitada para determinar los beneficios y lo pagos sobre los servicios relacionados. Yo entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autoriza el que se provea la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si "otro seguro médico" se indica en el ítem 9 de la forma HCFA-1500, o en alguna otra parte de la forma de reclamación aprobada o en las reclamaciones electrónicamente sometidas, mi firma autoriza el proveer información al asegurador o agencia indicada. En casos asignados a Medicare, el medico o suplidor acuerda el aceptar los cargos determinados por Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable solamente del deducible, seguro complementario y servicios no cubiertos. El seguro complementario y los deducibles se basan sobre la determinación del portador de Medicare. Si por cualquier razón la cuenta entra en atraso o delincuencia, yo acepto el pagar por todos los cargos de re-facturación, costos de recaudo y honorarios razonables por servicios legales además de la cantidad adeudada.

Firma del beneficiario

Fecha



Fuquay Ophthalmology & Glaucoma, PC
Kenneth W. Roach, M.D.
605 Attain Street, Suite #101
Fuquay-Varina, NC 27526-1972

Teléfono: 919-567-3709

Reconocimiento del recibo de la política de la oficina con respecto refracciones y a lentes de contacto

Yo, el infrascrito, han recibido una copia de la política de Fuquay Ophthalmology and Glaucoma, PC con respecto a refracciones y a guarniciones de la lente de contacto, y entienden que soy financieramente responsable de estos servicios si no son cubiertos por mi seguro del cuidado médico.

Firma del paciente/guarda legal

Fecha

Reconocimiento del recibo de las prácticas de la aislamiento

Yo, _____, ha recibido una copia del aviso del Fuquay Ophthalmology and Glaucoma, PC de las prácticas de la aislamiento..

Firma del paciente/guarda legal

Fecha

Autorización para el uso y el acceso de la información protegida de la salud

Firmando esta autorización, autorizo Fuquay Ophthalmology and Glaucoma, PC para utilizar y/o para divulgar cierta información protegida de la salud sobre mí a

La persona o la organización permitió para recibir la información

Esta autorización permite que Fuquay Ophthalmology and Glaucoma, PC utilice y/o que divulgue individualmente la salud identificable siguiente información sobre mí:

La descripción de la información permitió para ser divulgada (los tipos de servicios, las fechas de visitas, etc...)

Esta autorización expirará encendido: _____
Fecha De Vencimiento

La práctica no recibirá el pago o el otro remuneration de terceros en el intercambio para usar o divulgar la información.

No tengo que firmar esta autorización para recibir el tratamiento de Fuquay Ophthalmology and Glaucoma, PC. En hecho, tengo la derecha de rechazar firmar esta autorización. Cuando mi información se utiliza o se divulga conforme a esta autorización, puede estar conforme a redisclosure del recipiente y puede ser protegida no más de largo por la regla federal de la aislamiento de HIPAA. Tengo la derecha de revocar esta autorización en escribir a menos que hasta el punto de la práctica haya actuado en confianza sobre esta autorización. Mi revocación escrita se debe someter a:

Fuquay Ophthalmology and Glaucoma, PC
605 Attain Street, Suite #101
Fuquay-Varina, NC 27526-1972

Firma del paciente/guarda legal

Fecha

Nombre Del Paciente

Fecha