



Main Office

250 Avenue K, SW Suite 200, Winter Haven, FL 33880
863-297-5400 / 800-472-8867 Toll Free

Bienvenidos a nuestra oficina: Dr. Misch, Dr. Berger, Dr. Tolentino, Dr. Moon, Dr. Hamilton, y Dr. Randolph son Doctores y Cirujanos especializados en problemas afectando la Macula y Retina (Parte de atrás dos-tercio del ojo). Dr. Misch estableció nuestra primera oficina en 1991. Dr. Braudway es también parte de nuestra práctica especializando en el cuidado de visión baja.

Referidos: Si usted pertenece a la Organización de Cuidado y Mantenimiento (HMO), usted es responsable de traer su referido con usted el día de su visita.

Co-Pagos y Co-Aseguranzas: Sería un placer para nosotros procesar su seguro, sin embargo debe estar pendiente de sus co-pagos y co-aseguranzas que deben realizarse en el momento de su visita y tratamiento. Si usted tiene algunas preguntas de que consiste esto por favor contacta la compañía aseguradora y verifique detrás de su tarjeta de seguro. Si usted no tiene seguro médico o tiene un plan de médico con un deducible alto, nosotros con todo gusto aharemos arreglos para un plan de pago con usted, Nosotros solo requerimos que usted pague un depósito al momento de su cita.

Artículos que Necesita traer con usted: Por favor traer su plan de seguro de salud, una lista de sus medicinas, y un chofer con usted a la hora de su visita.

Hora de Cita: Tome en cuenta el tiempo adecuado para procesar su expediente, dilatar sus pupilas y el examen. Por favor planifique de esta con nosotros por lo menos una hora o hora y media durante su visita posiblemente hasta más tiempo, si los estudios diagnósticos o tratamiento lo requiere.

Dilatación de Pupila: Es necesario dilatar sus pupilas para una examinación Retinal. Esto le podrá causar visión borrosa por el resto del día (ocasionalmente tome más tiempo). Planifique traer un chofer con usted a su cita, para su bienestar y cuidado, no se le recomienda que usted maneje para su casa. Por favor de traer lo necesario para la larga espera.

Visitantes: Debido a la larga de su visita, hay espacio limitado en la sala de espera, y el hecho de que los delicados procedimientos se hacen en nuestra oficina, le pedimos que solamente traiga un chofer con usted.

Enfermedades: Si usted está enfermo (a) o no se siente bien, preferimos que usted cambie su cita para que los otros pacientes y empleados no sean expuestos. Nosotros estaremos más que dispuestos hacerle otra cita en base de prioridad tan pronto usted se sienta mejor. Gracias Por su Consideración.

Opciones de Transportación Pública:

Winter Haven:	Imperial Cab – 968-9494
Lakeland:	Rapid Transit – 648-1849 / Viste – 284-0828
Clermont:	Lake County Transport – 352-360-6618
Sebring:	Highlands Yellow Cab – 382-6119
Zephyrhills:	Zephyr Cab - 813-782-7905 / Pasco County Transportation - 352-521-4300
Haines City:	Imperial Cab 968-9404



CENTER FOR
**RETINA &
MACULAR
DISEASE**

Main Office

250 Avenue K, SW Suite 200, Winter Haven, FL 33880
863-297-5400 / 800-472-8867 Toll Free

Hoja de registro de pacientes

Mr. Mrs. Miss. _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Marital estado: _____ Email: _____

Número de seguro social: _____ sexo: M F

Dirección postal de la Florida: _____

Ciudad: _____ estado: Código postal _____: _____

Ocupación: _____ empleador: _____

Teléfono de casa: _____ celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ emergencia nombre de contacto: _____

Número de contacto de emergencia: _____ relación: _____

Dirección de correo secundaria: (si corresponde) _____

Ciudad: _____ estado: Código postal _____: _____

Si el seguro está a nombre distinto de paciente o si el paciente es menor de edad, por favor complete la siguiente información:

Guardián o cónyuge nombre: _____

Tutor o el empleador del cónyuge: _____

Número del trabajo: _____ casa número: _____

Guardián o fecha cónyuge de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Médico: _____ teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ teléfono: _____

Autorizo la liberación del pago de las prestaciones médicas a mi médico. Autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para procesar todos los reclamos.

Fecha de Signature: _____ Fecha: _____

CENTRO DE RETINA Y ENFERMEDAD MACULAR

ENVIO DE INFORMACION MEDICA

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE: _____

Al firmar a continuación, autorizo centro de Retina y enfermedad Macular para liberar mi médico y la información de facturación para:

Relación			Nombre De Persona Designada
Cónyuga	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> No _____
Hijos	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> No _____
La Familia Política, los suegros	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> No _____
Los Cuidadores	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> No _____
Los Padres	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> No _____
Otros	_____		

Firma Del Paciente _____ Fecha _____
Firma Del Padre _____ Fecha _____

Le pedimos que si tiene algún cambio en la solicitud, por favor, que usted informe a la recepcionista

Centro de la Retina y enfermedad Macular puede dejar información de la cita en mi Buzón de voz:

Casa	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	No
Trabajo	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	No
Pariente	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	No

Firma Del Paciente _____

Yo authorize la siguiente persona para recoger recetas, etc.

Relación			
Cónyuga	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> No _____
Parientes	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> No _____
Los Cuidadores	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> No _____

Firma Del Paciente _____ Fecha _____

Entiendo que centro de Retina y enfermedad Macular a pedir identificación de la persona recogiendo información médica del paciente o de los productos.

Centro de la Retina y la enfermedad Macular

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADO Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

La Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA; "Acto") de 1996, revisada en 2013, nos obliga como su proveedor de cuidado de la salud para mantener la privacidad de su información médica protegida, para proveer de usted con el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida, y a notificar a los individuos afectados tras el incumplimiento de no asegurados información de salud protegida. Estamos obligados a mantener estos registros de su atención médica y a mantener la confidencialidad de estos registros.

La ley también nos permite usar su información para tratamiento, pago y ciertas operaciones de salud a menos que la ley lo prohíba por ley y sin su autorización.

- **Tratamiento:** Podemos divulgar su información médica protegida a usted y a nuestro personal o a otros proveedores de atención médica con el fin de reciba la atención que necesita. Esto incluye información que puede ir a la farmacia a comprar la medicina recetada, a un centro de diagnóstico para ayudar a su diagnóstico, o al hospital si necesita ser admitido. Si es necesario para asegurar que recibas este cuidado, podemos también discutir el mínimo necesario con amigos o miembros de la familia involucrados en su atención a menos que usted pide lo contrario.
- **Pago:** Podemos enviar información a usted o a su plan de salud con el fin de recibir el pago por el servicio o producto entregado. Podemos discutir el mínimo necesario con amigos o familiares involucrados en el pago a menos que usted pide lo contrario.
- **Las operaciones de salud:** que se les permite usar o divulgar su información médica protegida para capacitar a nuevos trabajadores de la salud, para evaluar la salud entregada, para mejorar el desarrollo de negocios, o para otros internos.
- **Estamos obligados a revelar información requerida por la ley,** tales como las normas de salud pública, actividades de supervisión de salud, ciertas demandas y aplicación de la ley.

Ciertos aspectos que se podría utilizar su información médica protegida divulgaron requieren una autorización de ti: divulgación de notas de psicoterapia, uso o divulgación de su información para la comercialización, divulgaciones o usos que constituyen una venta de información de salud protegida, y cualquier usos o divulgaciones no descritas en esta central nuclear. No podemos revelar su información médica protegida a su empleador o a la escuela sin su autorización a menos que requerido por la ley. Usted recibirá una copia de su autorización y podrá revocar la autorización por escrito. Honraremos que revocación comenzando la fecha que recibimos el escrito firmado revocación.

Usted tiene varios derechos con respecto a su información médica protegida. Cuando usted desea utilizar uno de estos derechos, por favor informar nuestra oficina para que nosotros podamos darle la forma correcta para documentar su petición.

- **Usted tiene el derecho a acceder a sus registros o para recibir una copia de sus registros,** con la excepción de notas de psicoterapia. Su petición debe ser por escrito, y debemos verificar su identidad antes de permitir el acceso solicitado. Estamos obligados a permitir el acceso o proporcionar la copia dentro de 30 días de su petición. Podemos proporcionar la copia a usted o a su designado en aceptable a usted o como una copia en formato electrónico. Podemos cargarle

nuestros costos de fabricación y proporcionar la copia. Si su solicitud es denegada, puede solicitar una revisión de esta negación por un médico con licencia.

- Usted tiene el derecho a solicitar restricciones sobre cómo se utiliza su información de salud protegida para tratamiento, pago y operaciones de salud. Por ejemplo, usted puede solicitar que un amigo o un miembro de la familia no tiene acceso a esta información. No estamos obligados a aceptar esta petición, pero si estamos de acuerdo a su petición, estamos obligados a cumplir con la solicitud, excepto en caso de emergencia donde esta restricción podría interferir con su cuidado. Nosotros podemos terminar estas restricciones si es necesario para cumplir con el tratamiento y pago.
- Estamos obligados a conceder su solicitud de restricción si la restricción solicitada sólo se aplica a información que se sometería a un plan de salud para el pago de un servicio de atención médica o un elemento para el cual usted ha pagado en total desembolso y la restricción de lo contrario no está prohibida por la ley. Por ejemplo, estamos obligados a enviar información a los planes de salud federales y organizaciones de atención médica administrada incluso si usted solicita una restricción. Debemos tener su restricción documentado antes de iniciar el servicio. Algunas excepciones pueden aplicar, así que pedir un formulario para solicitar la restricción y para obtener información adicional. No estamos obligados a informar a otras entidades cubiertas de esta solicitud, pero no se nos permite usar o divulgar la información que ha sido restringida a socios de negocios que pueden revelar la información a su plan de salud.
- Usted tiene el derecho a pedir comunicaciones confidenciales. Por ejemplo, usted puede preferir que llamar a su número de teléfono celular en lugar de teléfono de su casa. Estas solicitudes deben presentarse por escrito, pueden ser revocadas por escrito y deben darnos un medio eficaz de comunicación para hacernos respetar. Si significa que el suplente de comunicaciones incurre en costo adicional, que costo pasará a ti.
- Sus registros médicos son documentos que proporcionan información crucial sobre su cuidado. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su expediente médico, pero debes hacer esta solicitud por escrito y entender que no estamos obligados a acceder a esta petición.
- Usted tiene el derecho a una contabilidad de accesos. Esto le dirá cómo hemos usado o divulgarse su información médica protegida. Estamos obligados a informar de una infracción que puede haber afectado a su información médica protegida.
- Usted tiene el derecho a recibir una copia de este aviso, ya sea electrónico o en papel, o ambos.
- Usted tiene el derecho a optar por comunicaciones de recaudación de fondos.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestras prácticas de privacidad, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad en el número siguiente.

Usted tiene el derecho de archivar una queja con nosotros o con la oficina de derechos civiles. No discriminan ni represalias de ninguna manera para esta acción. Para presentar una queja, póngase en contacto con la parte aplicable:

Oficial de privacidad: Tammy Balderas, Supervisor de recepción

Número de teléfono: 863-297-5400

Número de fax: 866-463-4799

Oficina para derechos civiles <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>

Estamos obligados a acatar las políticas establecidas en este aviso de prácticas de privacidad, que entró en vigor el **23/09/13**.

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

¿Tienes o has tenido...

1. Enfermedades del corazón
 2. La hipertensión
 3. Asma
 4. Accidente cerebrovascular
 5. La enfermedad de tiroides
 6. Diabetes
 7. La artritis
 8. El cáncer
 9. Otros: (Por favor lista más abajo)
- *
- *
- *

Las cirugías oculares

1. Catarata
 2. Corneal
 3. Los implantes
 4. Otros: (Por favor lista más abajo)
- *
- *
- *

Más allá de las cirugías mayores

1. Marcapasos
2. Los pernos/barras
3. Otros: (Por favor lista más abajo)

Por favor indique su actual gotas más abajo:

- *
- *
- *
- *
- *

Lista de todas las alergias más abajo:

- *
- *
- *
- *

Por favor enumere sus medicamentos actuales más abajo:

- *
- *
- *
- *
- *

Nombre del paciente:

Paciente SSN:

Paciente fecha de nacimiento:

Número de expediente médico:

Centro de Retina y Enfermedad Macular

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Yo entiendo que en el Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (“HIPPA”), tengo ciertos derechos a la privacidad de mi información de salud protegida (PHI). Tengo entendido que esta información podrá ser y será utilizado para:

- < Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el tratamiento de forma directa e indirecta
- < Obtener el pago de terceros pagadores
- < Operaciones de atención médica normal, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas

He recibido, leído y entendido el Aviso de Practicas de Privacidad que contiene una descripción más complete de los usos y divulgaciones de la información médica protegida. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que me pueden contactar con la organización en cualquier momento para obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del Paciente o Tutor Legal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

PRACTICAS EL EL USO SOLO

He intentado obtener la firma del paciente en reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad reconocimiento pero no pudo hacerlo como se detalla a continuación:

Fecha:	Iniciales:	Razon:
--------	------------	--------