



ADAM S. BERGER, MD  
SUK JIN MOON, MD  
JOHN C. RANDOLPH, MD  
LOGAN L. CHRISTENSEN, MD  
HERSHEL R. PATEL, MD  
SONYA M. BRAUDWAY, OD

# *Bienvenidos!*

## *Al Centro de Enfermedad Retinal y Macular*

**Bienvenido a nuestra oficina:** Dr. Berger, Dr. Moon, Dr. Randolph, Dr. Christensen, y Dr. Patel son médicos y cirujanos especialistas en problemas que afectan la macula y retina (los dos tercios posteriores del ojo). La práctica fue establecida en 1991. Dr. Braudway también es parte de nuestra práctica siendo especialista de cuidado de la baja visión.

**Su Primera Visita:** Debido al carácter integral de su primer visita, debería de planificar estar en nuestra oficina de 1-2 horas. Se le pedirá que llene formas, las formas que acompañan este documento. En seguida, un técnico oftalmológico revisará su historial médico, registrará sus síntomas actuales, y le realizará un examen preliminar de la vista. Sus ojos serán dilatados con gotas para que el doctor pueda realizar un examen ocular médico completo. Después de la dilatación, es probable que sea sensible a la luz, así que recomendamos traer lentes de para su comodidad y considere hacer arreglos para que alguien le maneje a casa.

**Referidos:** Si usted pertenece a una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) o Medicare plan de reemplazo, por favor contacte a nuestra oficina antes de su cita para asegurar que tengamos autorización para su visita.

**Co-pagos y Coseguro:** Estaremos encantados de tramitar su seguro; pero, por favor tenga en cuenta los copagos y coseguros que se deben en el momento en que se presten los servicios. Si usted tiene alguna pregunta sobre los costos, comuníquese con su compañía de seguro o verifique su tarjeta de seguro. Si usted no tiene seguro médico o cuenta con un deducible muy alto, se puede establecer un plan de pago para usted. Le pediremos que pague un depósito en el momento de servicio.

**Artículos para traer contigo:** Favor de traer sus tarjetas de seguro médico, una lista de sus medicamentos, una tarjeta de identificación con foto, el referido de su oftalmólogo, una autorización previa de HMO (si corresponde) y cualquier otro registro médico relevante.

**Visitantes:** Debido a la duración de su visita, el espacio limitado en la sala de espera y el hecho de que se están realizando procedimientos delicados en la oficina, le pedimos que solo traiga 1 visitante.

**Enfermedades:** Si está enfermo, preferimos que re programe su cita, para que nuestros otros pacientes y el personal no estén expuestos. Con gusto re programaremos su cita de manera prioritaria tan pronto como se sienta bien.

Gracias por su consideración.

**Formulario de registro de paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Correo electronico: \_\_\_\_\_

Seguro social: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Dirección en Florida: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Occupacion: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Nombre de contacto de emergencia : \_\_\_\_\_

Numero de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion a contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Dirección secundaria: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Médico referente: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Médico Primario: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Si el seguro está a nombre de alguien que no sea el paciente o si el paciente es menor de edad, complete la información a continuación:

Empleador del tutor o conyuge : \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del tutor o conyuge: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social: \_\_\_\_\_

Autorizo la liberación de pago para beneficios médicos a mi médico. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar todos los reclamos.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



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

Fecha: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia médica, \_\_\_\_\_ concede permiso para que el centro de la Retina y la enfermedad Macular libere mi información médica y registros para:

Nombre	Relación

Signature: \_\_\_\_\_



ADAM S. BERGER, MD  
 SUK JIN MOON, MD  
 JOHN C. RANDOLPH, MD  
 LOGAN L. CHRISTENSEN, MD  
 HERSHEL R. PATEL, MD  
 SONYA M. BRAUDWAY, OD

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, autorizo al Centro de enfermedad Retinal y Macular a divulgar mi información médica y de facturación a:

Relación				Nombre de la persona designada	
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	_____
Hijos	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	_____
Suegros	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	_____
Cuidadores	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	_____
Padres	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	_____
Otros	_____				

**Le pedimos que si tiene algún cambio en esta solicitud, informe a nuestro personal.**

El Centro de Enfermedad Retinal y Macular puedo dejar la información de la cita en mi correo de voz:

El Centro de Enfermedad Retinal y Macular puede enviar información de citas por mensaje de texto:

Casa	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Trabajo	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Familiar	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

<input type="checkbox"/>	Si		<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--	--------------------------	----

Autorizo a los siguientes a recoger recetas.

Relación				Nombre de la persona designada	
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	_____
Familiar	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	_____
Cuidador	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	_____

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

Entiendo que el Centro de Enfermedad Retinal y Macular solicitará la identificación de la persona que recoge la información o los productos del paciente.



Main Office

250 Avenue K, SW Suite 200, Winter Haven, FL 33880

863-297-5400 / 800-472-8867 Toll Free

## Sus derechos a la privacidad

Vítreo Retina Consultants, PA d/b/a centro de la Retina y la enfermedad Macular se compromete a tratar y utilizar su información médica protegida de una manera responsable y coherente con las regulaciones federales y estatales.

Cada vez es visto por un médico en el centro de la Retina y la enfermedad Macular, información sobre su visita se registra en su expediente médico. La información contenida en su expediente médico típicamente describe los síntomas, diagnósticos, resultados de las pruebas y los planes de tratamiento como se relacionan con su condición médica. Estoy de acuerdo que los médicos del centro de la Retina y la enfermedad Macular pueden revisar periódicamente mi carta para programas adicionales que puedo ser elegible. Centro de la Retina y la enfermedad Macular utiliza su información médica cuando facturen a su pagador seguro de empresa o de terceros por servicios médicos que fueron proporcionados a usted. No participar en cualquier banco de datos o divulgar información de salud que no sean lo que se requiera por ley. Su privacidad médica es extremadamente importante para nosotros y como tal, a menos que usted autorice por escrito su información médica es confidencial.

Su derecho a obtener una copia de su expediente médico está prevista en CFP.164.522 45, 164.522, 164.524 y 164.528.

### Firma en archivo

Solicito que pago de seguros autorizado y/o beneficios de Medicare realizará a mí o a mi saldo al vítreo y Retina Consultants, PA d/b/a centro de la Retina y la enfermedad Macular. Autorizo la liberación de información médica necesaria para determinar los beneficios y los beneficios pagaderos a servicios relacionados. Entiendo que mi firma autoriza la liberación de información médica necesaria para pagar el reclamo, así como solicita abonar. He recibido, lea y entienda su aviso de prácticas de privacidad.

Vítreo y Retina Consultants, PA d/b/a centro de la Retina y la enfermedad Macular se compromete a aceptar la determinación de la carga de la contratista de Medicare y otros seguros como la carga completa. El paciente es responsable por el deducible, coaseguro y servicios no cubiertos. El deducible y coseguro se basan en la determinación de la carga de los seguros o el contratista de Medicare. *Se entiende que el abajo firmante o el paciente es principalmente responsable por el pago de la factura. También se entiende que se aplicará un cargo por financiamiento de 1,5% a cualquier cuenta que sea delinciente más de 90 días. Yo seré responsable por cualquier tribunal o colección honorarios.*

**También entiendo que tengo el derecho de revocar la autorización para utilizar mi información de salud – excepto en la medida en que ya se han tomado medidas.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Interpretada por: \_\_\_\_\_

Sólo para uso interno:

Si el paciente o paciente es representativo se niegan a firmar el acuse de recibo del aviso, por favor completa el siguiente:

Fecha de aviso presentado al paciente: \_\_\_\_\_ tiempo presentada: \_\_\_\_\_ firma de personal que presentó: \_\_\_\_\_

# 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:

- < Conduct, plan and direct my treatment and follow-up among the multiple healthcare providers who may be involved in the treatment directly and indirectly
- < Obtain payment from third-party payers
- < Conduct normal healthcare operations such as quality assessments and physician certifications

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:
--------	------------	--------

# 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: