

**REGISTRO DE NUEVO PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexualidad: Male / Female Seguro Social #: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Médico Primario: \_\_\_\_\_ Médico de Referencia: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**ASEGURADO:**

Si aparece como dependiente en su póliza de seguro, proporcione la información del suscriptor:

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA FARMACIA:**

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

**AUTORIZACIÓN DE SEGURO**

Por la presente autorizo a South Bay Retina, Inc. a proporcionar información a las compañías de seguros y a cualquier otro médico involucrado en mi cuidado, con respecto a mi enfermedad y tratamientos.

**INFORMACIÓN SOBRE LAS GOTAS PARA DILATAR LOS OJOS**

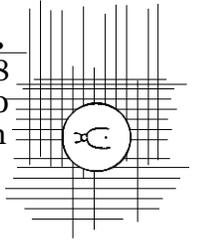
Las gotas dilatadoras se usan para dilatar o agrandar las pupilas del ojo para permitir que el oftalmólogo pueda ver mejor el interior de su ojo. Para que el Dr. Narain examine correctamente la retina, sus ojos deben estar dilatados. Las gotas dilatadoras frecuentemente hacen que la vision este borrosa durante un período de tiempo que varía de persona a persona y puede hacer que las luces brillantes sean molestas. Para que su visita sea más cómoda, las gafas de sol están disponibles en la recepción en cualquier momento.

Su oftalmólogo no puede predecir cuánto afectará su visión. Si siente que conducir puede ser difícil para usted inmediatamente después de un examen, es mejor si hace arreglos para no conducir. Sus ojos pueden permanecer dilatados por aproximadamente 4 a 6 horas. Una reacción adversa, como el glaucoma agudo de ángulo cerrado, puede desencadenarse a partir de las gotas dilatadoras. Esto es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata.

Por la presente autorizo al Dr. Keshav Narain y / oa los asistentes, según lo designe él, a administrar gotas para dilatar los ojos. Entiendo que las gotas para los ojos son necesarias para diagnosticar mi condición.

**Mi firma a continuación indica que he leído, comprendido y acepto la política anterior con respecto a la autorización del seguro y las gotas para dilatar los ojos.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO PARA OBTENER HISTORIA DE MEDICAMENTOS ELECTRONICOS**

Entiendo que mi historial de medicamentos puede obtenerse mediante el intercambio de información electrónica y que esta información de salud protegida puede proporcionar información valiosa para mi proveedor de atención médica. Por la presente autorizo a South Bay Retina, Inc. a acceder a mi historial de medicamentos según sea necesario para procesar, recuperar o transmitir recetas electrónicas.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (HIPAA)**

Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida por South Bay Retina, Inc., Keshav Narain, M.D. y el personal únicamente para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Entiendo que las operaciones de atención médica pueden incluir, entre otros, usos o divulgaciones relacionadas con la revisión de la calidad, la revisión de la utilización, la necesidad médica o la revisión legal. La información médica protegida puede incluir registros médicos, información de seguros y pagos y otra información utilizada en su totalidad o en parte para tomar decisiones sobre mí. Entiendo que la información sobre cómo se puede usar mi información de salud protegida, junto con el Aviso de prácticas de privacidad completo está disponible y que puedo solicitar una copia en cualquier momento.

Entiendo que toda la información se usa para el cuidado y tratamiento de mi condición. Ninguna información, médica o de otro tipo, se utilizará con fines comerciales ni se divulgará a terceros para fines distintos de mi atención médica. Además, también autorizo la divulgación de mi información a las personas que figuran en esta página.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\*\* Complete esta sección solo cuando alguien que no sea el paciente esté firmando en su nombre.

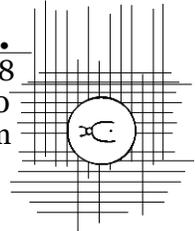
Relación del paciente con el firmante: \_\_\_\_\_

- El paciente no puede firmar o reconocer
- El paciente se niega a firmar, pero se le dio la oportunidad de reconocer y firmar

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Indique a los miembros de su familia y a las personas que participan en su atención que estamos autorizados a compartir su información de salud con:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Gracias por elegir a South Bay Retina, Inc. y al Dr. Keshav Narain como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a proporcionar un servicio de atención de calidad a todos nuestros pacientes. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le solicitamos que lea y comprenda antes de cualquier tratamiento o servicio.

**Beneficios de seguro:** usted es responsable de conocer sus beneficios de seguro, incluso si el Dr. Keshav Narain es un proveedor contratado por su compañía de seguros, sus beneficios cubiertos y cualquier exclusión de este tipo, y los requisitos de autorización previa. No es responsabilidad del Dr. Keshav Narain o South Bay Retina, Inc. conocer su cobertura de seguro

**Información de seguro:** usted es responsable de asegurarse de que South Bay Retina, Inc. tenga archivada la información de seguro actualizada y precisa, incluidas las tarjetas de seguro actuales y / o cambios en las pólizas de seguro. Si no proporciona esta información, es posible que se le facturen cargos. Nuestro personal le solicita que actualice y verifique su registro en cada visita.

**Deducibles, copagos y coseguros del plan de salud:** es su responsabilidad saber si su seguro tiene algún deducible, copago, coseguro, fuera de la red, límite habitual y habitual, o cualquier otro tipo de limitación de beneficios. por los servicios que reciba. Usted entiende que es su responsabilidad cubrir cualquier cargo adicional según lo establecido por su póliza o plan de seguro.

**Referencias médicas:** es su responsabilidad saber si el Dr. Keshav Narain es un proveedor contratado dentro de la red reconocido por su plan o compañía de seguros, o puede dar como resultado que se le nieguen las reclamaciones o que haya más gastos de su bolsillo. También es su responsabilidad saber si las solicitudes de derivación de su proveedor de atención primaria (PCP) han sido procesadas por su compañía de seguros o plan. Si se rechazan las reclamaciones porque el médico no estaba autorizado, usted será responsable de los pagos completos.

**Pago por cuenta propia:** si no tiene seguro de salud, tiene un plan de seguro con el cual South Bay Retina, Inc. no tiene contrato o no puede verificar su cobertura en la fecha de servicio, South Bay Retina, Inc. Recoger un pago estimado en el momento del servicio. Es posible que haya cargos adicionales según los servicios prestados por los cuales se le facturará más adelante. Usted entiende y acepta pagar por estos servicios en consecuencia.

**Responsabilidad financiera:** Usted asume la responsabilidad financiera y realizará los pagos completos si su compañía de seguros niega la cobertura y / o el pago por los servicios prestados, incluidos, entre otros, pruebas de diagnóstico que pueden no ser consideradas médicamente necesarias para su plan de seguro. Haremos todo lo posible para verificar la cobertura, pero en última instancia es su responsabilidad conocer sus beneficios antes de ser visto.

Por la presente autorizo el pago de beneficios médicos directamente a South Bay Retina, Inc. por los servicios prestados. Por la presente se otorga la autorización de mi registro médico a mi compañía de seguros o sus empleados / agentes según sea necesario para procesar y completar mis reclamos de seguro médico. Además, entiendo que si mi cuenta se vuelve morosa, pagaré los honorarios razonables de abogado o los gastos de cobro, si corresponde. La duración de esta autorización es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito.

He leído y acepto las políticas financieras contenidas anteriormente. Mi firma a continuación sirve como reconocimiento de una comprensión clara de mi responsabilidad financiera.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Por favor complete todas las secciones, luego firme y ponga la fecha en la parte inferior

**SÍNTOMAS**

Coloque una marca en el cuadro junto al síntoma para indicar que tiene alguno de los siguientes:

**OJOS / VISIÓN**

<input type="checkbox"/> Visión Borrosa _____	<input type="checkbox"/> Sin Visión _____	<input type="checkbox"/> Dolor _____	<input type="checkbox"/> Comezón _____
<input type="checkbox"/> Distorsión _____	<input type="checkbox"/> Cortina _____	<input type="checkbox"/> Lagrimeo _____	<input type="checkbox"/> Enrojecimiento _____
<input type="checkbox"/> Sombra _____	<input type="checkbox"/> Destellos _____	<input type="checkbox"/> Sensible a la luz _____	<input type="checkbox"/> Resequedad _____
<input type="checkbox"/> Punto Oscuro _____	<input type="checkbox"/> Flotadores _____	<input type="checkbox"/> Visión Doble _____	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNA</b>

**SISTÉMICO**

<input type="checkbox"/> Falta de Aliento	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Entumecimiento/ Parálisis	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Sensibilidad muscular
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/ migrañas	<input type="checkbox"/> Resfriado	<input type="checkbox"/> Tos / Sibilancias	<input type="checkbox"/> Cambio de peso
<input type="checkbox"/> Diarrea / Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Náusea/ Vomitar	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNA</b>

**MÉDICO / HISTORIA FAMILIAR**

Coloque una marca en el cuadro debajo de "auto" para indicar que tiene alguna de las siguientes condiciones, marque "familia" si alguien de su familia lo tiene e indique quién en el espacio provisto:

**OJOS / VISIÓN**

<b>Yo</b>	<b>Familia</b>	<b>Yo</b>	<b>Cual ojo?</b>
<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Lesion de ojo	_____ <input type="checkbox"/> <b>NINGUNA</b>
<input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Infeccion los ojos	_____
<input type="checkbox"/> Degeneración macular	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas	_____
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Otra cirugia de los ojos	_____

**SALUD GENERAL**

<b>Yo</b>	<b>Familia</b>	<b>Yo</b>	<b>Familia</b>	<b>Yo</b>
<input type="checkbox"/> Problemas cardiacos	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Alta presion artenal	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Enfermedad vascular	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis (Type ____)
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Marcapasos
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Uso de alcohol
<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> condición de piel	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNA</b>
<input type="checkbox"/> Diálisis- Con qué frecuencia? _____		<b>Fumas?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Interrumpido: _____	

Por favor liste cualquier **ALERGIA** a medicamentos u otras sustancias: \_\_\_\_\_  **NINGUNA CONOCIDO**

Por favor escriba cualquier **medicamento** que esté tomando \_\_\_\_\_

**NINGUNA** \_\_\_\_\_

Por favor liste cualquier procedimiento **quirúrgico** que haya sido sometido: \_\_\_\_\_

**NINGUNA** \_\_\_\_\_

Razón principal por la que estás aquí hoy? \_\_\_\_\_

La información que he proporcionado es actual y precisa a mi leal saber y entender.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_