

Retinal Consultants Registro de Pacientes

Por favor, lea cuidadosamente antes de completar el formulario.

Esperamos que se complete un formulario de seguro si está indicado para su cobertura de seguro. También necesitaremos copias de todas las tarjetas de seguro (incluidas las tarjetas de Medicare).

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Nacimiento: ____/____/____ Genero: Masc. Femenino Teléfono de casa: (____) _____
mm / dd / aaaa

Dirección: _____ Celular: (____) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de Seguridad Social: __ - __ - __ Lenguaje Preferido: _____ Empleador: _____

Aseguranza Principal: _____ Grupo Medico: _____

Aseguranza Secundaria: _____ Grupo Medico: _____

Otras Aseguranzas: _____ Grupo Medico: _____

Nombre de la Esposa: _____ Fecha de Nacimiento de la Esposa: ____/____/____

Numero de Seguridad Social de la Esposa: _____ - _____ - _____

¿Vives en un centro de enfermería especializada (SNF)? Yes No

Nombre del Medico que lo Refirió: _____

Nombre de su Medico Primario: _____

En Caso de Emergencia — Indique el pariente / amigo más cercano con quien podemos comunicarnos (que no este viviendo con usted).

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Autorización y Asignación de Seguro

Por la presente autorizo a Retinal Consultants Medical Group, Inc. a proporcionar información a las compañías de seguros y a cualquier otro médico involucrado en mi cuidado, relacionado con mi enfermedad y tratamientos. Por este medio, asigno a los médicos todos los pagos por servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes. Entiendo que soy responsable de los montos adeudados como resultado de proporcionar información de seguro falsa o incorrecta y por cualquier servicio no cubierto (según lo define mi plan de salud).

Fecha: _____ Firma: _____

Revised 10-07-13

RETINAL CONSULTANTS MEDICAL GROUP, INC.

Miembros de la Sociedad Americana de Especialistas de Retina (American Society of Retinal Specialists)

Sirviendo a elNortede California desde1975

<http://www.retinalmd.com>



INFORMACIÓN SOBRE LAS GOTAS PARA DILATAR LAS PUPILAS

Las gotas se usan para dilatar o agrandar las pupilas del ojo y así permitir que el oftalmólogo examine el interior de su ojo.

Estas gotas frecuentemente nublan o empañan la visión por un período de tiempo que varía de persona a persona y puede hacer que las luces brillantes sean molestas. No es posible para su oftalmólogo predecir cuánto se verá afectada su visión. Debido a que conducir puede ser difícil inmediatamente después de un examen, lo mejor es que haga los arreglos necesarios para que usted no maneje.

Reacciones adversas, tales como glaucoma agudo de ángulo cerrado, pueden ser desencadenadas por las gotas. Esto es extremadamente raro y tratable, pero requiere atención médica inmediata.

Por la presente autorizo a los médicos de Retina Consultants y/o los asistentes que designen para que me administren gotas para dilatar los ojos. Las gotas para los ojos son necesarias para diagnosticar mi condición.

Paciente (o persona autorizada para firmar para el
paciente) Fecha

Testigo
Fecha

Acuse de recibo de notificación

Vitreo-Retinal Medical Group, Inc.
dba Retinal Consultants Medical Group, Inc.

Principal Oficina
3939 J Street, Ste 104
Sacramento, CA 95819

Funcionario de Privacidad: Chris Mentink – 916-453-5450

Por medio del presente acuso recibo de una copia de esta Notificación de Prácticas de Privacidad de este consultorio médico.

Sí No (marque con un círculo) Me gustaría recibir por correo electrónico una copia de cualquier Notificación de Prácticas de Privacidad enmendada en:

_____.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____ Teléfono: _____

Indicar si no firma el paciente.

Parentesco:

- padre o tutor legal de un paciente menor de edad
- tutor legal o curador de un paciente incapaz
- beneficiario o representante personal del paciente difunto

Nombre del paciente: _____

Para uso exclusivo de la oficina:

- Formulario firmado recibido por: _____
- No se aceptó el acuse de recibo:

Intentos para obtenerlo:

Razones de la negativa:

