SCOPE
TEXAS EYE CONSULTANTS

Scope Vision Care
FORMULARIO DE REGISTRO

Gracias por elegir nuestra clínica para el cuidado de sus ojos. Este formulario nos permite agilizar el proceso de registro. Por favor, rellene el formulario en tinta; Si tiene alguna pregunta, preocupación o comentario, no dude en preguntarnos, estaremos gustosos de ayudarle.
(Por favor, escriba claro)

FECHA DE HOY:

INFORMACION DE PACIENTE

Apellido del Paciente:	**Nombre:**	❑ Sr. ❑ Sra. ❑ Sta.	Estado civil *(marcar una)*	❑ Soltero/a ❑ Casado/a ❑ Divorc. ❑ Separad. ❑ Viud.

Direccion de domicilio:	**Apt #**	**Fecha de Nacimiento:** / /	**Edad:**	**Sexo:** ❑ **H** ❑ **M**

Ciudad:	**Estado:**	**Codigo Postal:**	**Tel Celular:** ( )

Correo Electronico:	**No. Seguro Social:**

Ocupación/Grado:	**Nombre de Trabajo/Escuela:**	**Tel de Casa:** ( )

Como ha sabido de nuestra clínica? ❑ Dr. (nombre): ❑ Facebook Ad ❑ Aseguranza

❑ Internet ❑ Cerca de casa/Trabajo ❑ Radio El Norte FM 107.9 ❑ FM 98.5 La Raza ❑ Telemundo ❑ Instagram

❑ Otro Paciente (nombre): ❑ Familia / Amigo nombre:

NOMBRE DE FARMACIA:

NUMERO DE TELEFONO DE FARMACIA:

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

(Por favor de darle su tarjeta de aseguranza a la recepcionista)

Titular de la aseguranza (nombre)	**Fecha de Nacimiento:** / /	Dirección de domicilio (si diferente):

Es esta persona nuestro paciente? ❑ Si ❑ No **Seguro Social Miembro Principal:**

Nombre de la Compañía del titular del Seguro Médico	Ocupación:	Nombre de Aseguranza:

Relación del paciente con el asegurado: ❑ Propio ❑ Esposo/a ❑ Hijo/a ❑ Otra

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un familiar o amigo (que no viva en el mismo domicilio):	Relacion con el paciente:	No. de telefono: ( )

Los pagos por las visitas a esta oficina deben ser realizados en el momento del servicio. Se requieren pagos adicionales para la evaluación de lentes de contacto. Todos los pagos profesionales se deben a nuestro tiempo y no son reembolsables. El éxito de cualquier prescripción no está garantizado y el doctor no es financieramente responsable por la modificación de gafas o lentes de contacto. La óptica de nuestra oficina le garantiza la plena satisfacción con sus nuevos anteojos. En caso de que por alguna razón no quede completamente satisfecho, nuestra óptica le devolvería el 70% del total de la orden. (30% de gastos de re-estocaje) siempre que la devolución sea solicitada en el plazo de 3 meses desde que la orden fue hecha. Si decide llevar su prescripción a otra óptica, cerciórese de que la óptica le arreglará las gafas sin costo adicional. El paciente abajo firmante entiende y se hace responsable de recoger los anteojos y pagar el total del balance en un plazo de 3 meses a partir del momento en que se hace la orden; en caso contrario, el paciente perderá el crédito en concepto de deposito realizado en el momento que se hace la orden. Entiendo que soy financieramente responsable por los pagos no cubiertos por mi seguro y por pagos incurridos por mis dependientes. Por la presente, autorizo a Scope Vision Care a liberalizar cualquier información necesaria para procesar mi reclamo al seguro. De la misma manera, certifico que he leído y comprendido la información contenida en el formulario del paciente y las preguntas han sido respondidas para clarificar mis dudas y mejorar mi conocimiento. HIPAA: Reconozco que me ha sido presentadas las "NORMAS PARA EL RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD" de Scope Vision Care. Doy permiso a los doctores y empleados de Scope Vision Care para llamar a mis números de teléfono y dejar mensajes y/o contactarme por email o correo. El correspondiente mensaje así como la correspondencia deben de incluir identificación indicando su relación con Scope Vision Care, Dr. German Saavedra, o cualquier otro empleado. La ley requiere que Scope Vision Care haga todo esfuerzo a informarle a Ud. de sus derechos en cuanto a su información médica personal.

Nombre de Paciente: ***Fecha de Hoy:***

Paciente/Firma de Representante:

Continue….

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

La ley requiere que Scope Vision Care haga todo esfuerzo a informarle a Ud. de sus derechos en cuanto a su información médica personal. Al firmar abajo, yo reconozco que:

- ❑ Yo leí o se me explicó el Aviso de Prácticas de Privacidad de Scope Vision Care y consiento a continuar mi tratamiento por Scope Vision Care bajos los términos mencionados.

- ❑ Yo tuve la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad de Scope Vision Care y la rehusé pero quiero continuar mi tratamiento con Scope Vision Care bajo los términos de las prácticas de privacidad de Scope Vision Care.

- ❑ Yo leí o se me explicó el Aviso de Prácticas de Privacidad de Scope Vision Care y no quiero continuar tratamiento con Scope Vision Care bajos los términos mencionados.

- -

☐ **Yo le doy autorizacion al Dr. German Saavedra, Scope Vision Care de mandar por correo electronico mi prescripcion de vision y exámenes medicos a:**

Email: _____

LEÍ Y ENTIENDO ESTE DOCUMENTO. LO FIRMO VOLUNTA-RIAMENTE.

_____ _____

Paciente Fecha

Si Ud., está firmando como representante personal del paciente, por favor indique su relación

_____ _____

Representante (si menor de 18 anos) Relación al paciente

SCOPE VISION CARE
CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA

La ley del Estado de Texas nos exigen obtener la información sobre su historial médico tan completo como sea posible. Le agradecemos que tome un momento para rellenarlo.

Nombre de Paciente:	**Fecha de Nacimiento:**
Correo Electronico:	**No. Telefono:**
Nombre de Doctor General:	**Tel Doctor General:**
Nombre de Farmacia:	**Tel de Farmacia:**

Alergia a medicamentos: ❑ Sí ❑ No indicar a qué:

Marque si tiene alguna de estas condiciones: ❑ Estrabismo ❑ Glaucoma ❑ Párpado caido ❑ Cataratas ❑ Trauma del ojo ❑ Cirugía del ojo_____ ❑ Otro:_____

Está embarazada o dando de pecho? ❑ Sí ❑ No
Desde cuando?

Indique cirugías o traumas relevantes que haya sufrido: ❑ NINGUNO

Indique los medicamentos que esté tomando (incluya meds. sin prescripción, anticonceptivos orales y vitaminas):

Lleva usted ❑ **Anteojos** ❑ **Pupilentes (**❑ **duros** ❑ **blandos) por cuanto tiempo? Años** ❑ NINGUNO

Por favor, marque debajo cualquier historia familiar (incluya padres, abuelos, hijos y hermanos) de enfermedad:

❑ Ceguera ❑ Cataratas ❑ Estrabismo ❑ Glaucoma ❑ Degeneración macular ❑ Desprendimiento de retina ❑ Artritis/Reuma ❑ Cancer ❑ Diabetes ❑ Lupus ❑ Alta Presión ❑ Enfermedad de corazón ❑ Enfermedad renal ❑ Tiroides ❑ Otro

HISTORIA SOCIAL: Esta información es confidencial; si usted prefiere discutir esta parte directamente con el doctor, porfavor marque aquí ❑

Si maneja, tiene algún problema de visión? ❑ Sí ❑ No
(explique en caso afirmativo)

Bebe bebidas alcohólicas? ❑ Sí ❑ No (Cuanto, desde cuando?)	Fuma usted? ❑ Si ❑ No (Cuanto y desde cuando)
Usa alguna otra droga? ❑ Sí ❑ No (Cual, cuanto, desde cuando?)	Ha estado expuesto/a o se ha infectado con: ❑ NINGUNA ❑ SIDA ❑ Gonorrea ❑ Hepatitis ❑ Sífilis ❑ Herpes genital

REVISIÓN SISTÉMICA: Tiene usted alguno de los siguientes; marque lo que proceda:

❑ Fiebre; pérdida de peso	❑ Visión borrosa	❑ Mucosidad ocular	❑ Mucosidad nasal	❑ Bronquitis crónica
❑ Enfermedad de la piel	❑ Pérdida de visión	❑ Sensación arenosa	❑ Boca/nariz seca	❑ Enfisema pulmonar
❑ Dolores de cabeza	❑ Halos/ Visión distorsion.	❑ Ojos llorosos	❑ Tos crónica	❑ Alta presión arterial
❑ Migrañas	❑ Doble visión	❑ Sensibilidad a la luz	❑ Asma	❑ Diabetes
❑ Ataques de epilepsia	❑ Picor/Comezón	❑ Dolor ocular	❑ Diarrea	❑ Arthritis reumatoide
❑ Alergias/ Fiebre del heno	❑ Ardor de ojos	❑ Infección crónica de los párpados	❑ Estreñimiento	❑ Dolor articular
❑ Congestión nasal/senos	❑ Ojos secos		❑ Enfermedad renal	❑ Immunodeficiencias
				❑ Probl. Psiquiátricos

Nombre del paciente ó tutor/a legal del mismo:	Fecha:
Firma del paciente ó tutor/a legal del mismo:	Firma del Doctor Y Fecha:

Continue….

Declaración sobre Optomap® y su Seguro Médico

Le damos la bienvenida y le agradecemos su elección que haya elegido Scope Vision Care para el cuidado de sus ojos y el de su familia. El Dr. Saavedra y todo su equipo trabajamos a diario para brindarle la más alta calidad de cuidados oculares de una manera eficiente, moderna, y en un ambiente confortable y ameno. Este documento tiene la finalidad de explicarle el objetivo de una parte especial de el examen que va a recibir en nuestra oficina.

Optomap (análisis de la retina) es un escáner 3D que ayuda al doctor a evaluar el estado general de salud de la superficie de la retina. Esta tecnología es rápida, no invasiva y muy precisa. Optomap es el sistema diagnóstico más avanzado del mundo para identificar serios (y no tan graves) enfermedades de los ojos sin el uso inconveniente de midriáticos (dilatación de medicamentos tópicos).

Optomap es una parte esencial del examen pero no está cubierto por las aseguranzas. Como proveedor de cuidados médicos oculares, no tenemos ningún control sobre lo que los diferentes planes de seguro deciden cubrir. No obstante tenemos el compromiso con usted, nuestro paciente de proveer un examen completo y fiable por lo que el Optomap se convierte en parte indispensable de dicho examen. Si decide que no quiere tomar el Optomap, nuestro staff le pedirá programar una cita para que el doctor pueda evaluar la parte posterior de sus ojos.

Optomap: $40 ☐ Acepto ☐ No Acepto

ASEGURANZA
La presentación de una reclamación de seguro es una cortesía que con gusto extendemos a nuestros pacientes. Debemos destacar que nuestra relación es con usted, nuestro paciente, ***NO CON LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.*** A nuestros pacientes se les pedirá pagar su porción estimada en el momento del servicio. Hacemos todo lo posible para estimar con exactitud lo que anticipamos su seguro cubrirá. Esta es sólo una estimación, y no nos hacemos responsables de lo que el seguro cubre finalmente. Es su responsabilidad conocer las limitaciones de su póliza. El conocimiento de los beneficios y limitaciones de su póliza de seguros nos ayuda a expeditar el proceso de verificación y autorización, lo cual le agradecemos por anticipado.

Todos los pagos profesionales se deben el dia de la visita y no son reembolsables. El éxito de cualquier prescripción no está garantizado y el doctor no es financieramente responsable por la modificación de gafas o lentes de contacto. La óptica de nuestra oficina le garantiza la plena satisfacción con sus nuevos anteojos. En caso de que por alguna razón no quede completamente satisfecho, nuestra óptica le devolvería el 70% del total de la orden. (30% de gastos de re-estocaje) siempre que la devolución sea solicitada en el plazo de 3 semanas desde que la orden fue hecha. Si decide llevar su prescripción a otra óptica, cerciórese de que la óptica le arreglará las gafas sin costo adicional. El paciente abajo firmante entiende y se hace responsable de recoger los anteojos y pagar el total del balance en un plazo de 3 meses a partir del momento en que se hace la orden; en caso contrario, el paciente perderá el crédito en concepto de deposito realizado en el momento que se hace la orden. Entiendo que soy financieramente responsable por los pagos no cubiertos por mi seguro y por pagos incurridos por mis dependientes. Por la presente, autorizo a Scope Vision Care a liberalizar cualquier información necesaria para procesar mi reclamo al seguro. De la misma manera, certifico que he leído y comprendido la información contenida en el formulario del paciente y las preguntas han sido respondidas para clarificar mis dudas y mejorar mi conocimiento.

He leído este documento y estoy conforme con lo postulado en el mismo.

Firma:_____ Fecha: _____