

Formulario de Registro para Pacientes Nuevos *paciente modificado el 11/09/23*
CMEA_NP_F100

Información del paciente

| | | | | | |
|---|----------------------------|--|---|-------------------------|--------------------------------|
| Apellido del paciente | Nombre | | Segundo nombre | Nombre de soltera | |
| Domicilio (calle o casilla) | | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono particular | Número de teléfono celular | | Número de teléfono del trabajo | Correo electrónico | |
| Número del Seguro Social | Fecha de nacimiento | Sexo asignado al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Pronombres <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Otro: Especifique: _____ | | |
| Identidad de género (seleccionar una opción) <input type="checkbox"/> Se identifica como masculino. <input type="checkbox"/> Se identifica como femenino. <input type="checkbox"/> Género no conforme/no binario. <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Elige no divulgar. | | | Orientación sexual (Marque una opción) <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay/Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro, especificar _____ <input type="checkbox"/> No lo sé. <input type="checkbox"/> Elige no divulgar. | | |
| Estado civil (Marque una opción) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Desconocido | | | Raza (Marque una opción) <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u originario de una isla del Pacífico <input type="checkbox"/> De color o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro | | |
| Origen étnico (Marque una opción) <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Hispano o latino | | | Nombre del empleador | Domicilio del empleador | |
| ¿El paciente reside en un centro de enfermería especializada/centro de rehabilitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | Si la respuesta es afirmativa, nombre del centro | | Ciudad: Número de teléfono: |
| Nombre del médico de atención primaria | | | Número de teléfono | | |
| Contacto de emergencia y parentesco | Número de teléfono | | Nombre del médico de la remisión | Número de teléfono | |

Parte responsable

| Complete esta sección SOLO si el paciente es menor de edad o tiene un tutor legal. | | | | | |
|---|--------|--|----------------------------|--------------------------------|---------------|
| Apellido de la parte responsable | Nombre | | Segundo nombre | Correo electrónico: | |
| Domicilio (calle o apartado postal) | | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono particular | | | Número de teléfono celular | Número de teléfono del trabajo | |
| Parentesco con el paciente <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Otro (especificar) | | | Fecha de nacimiento | Número del Seguro Social | |

Información del seguro y del suscriptor

| | | | | | | | |
|--|--------|--------------------------------|--|--|--------|--------------------------------|--|
| Compañía de seguros PRIMARIA | | Fecha de entrada en vigencia | | Compañía de seguros SECUNDARIA | | Fecha de entrada en vigencia | |
| Domicilio postal de reclamos (calle o apartado postal) | | | | Domicilio postal de reclamos (calle o apartado postal) | | | |
| Ciudad | Estado | Código postal | | Ciudad | Estado | Código postal | |
| Número de id. de la póliza | | Número de id. del grupo | | Número de id. de la póliza | | Número de id. del grupo | |
| Nombre del suscriptor (titular de la póliza) | | Fecha de nacimiento | | Nombre del suscriptor (titular de la póliza) | | Fecha de nacimiento | |
| Número de Seguro Social del suscriptor | | Parentesco con el paciente | | Número de Seguro Social del suscriptor | | Parentesco con el paciente | |
| Empleador del suscriptor | | Número de teléfono del trabajo | | Empleador del suscriptor | | Número de teléfono del trabajo | |
| Domicilio del empleador del suscriptor (calle o apartado postal) | | | | Domicilio del empleador del suscriptor (calle o apartado postal) | | | |
| Ciudad | Estado | Código postal | | Ciudad | Estado | Código postal | |

Farmacia

| | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| Nombre de la farmacia preferida | Domicilio de la farmacia | Número de teléfono de la farmacia |
| Nombre de la farmacia de envío por correo | Domicilio de la farmacia | Número de teléfono de la farmacia |

Seguro Oftalmológico (si corresponde)

Plan oftalmológico Información del seguro y del suscriptor

| | | |
|--|--------------------------------|------------------------------|
| Compañía de seguros del PLAN OFTALMOLÓGICO | | Fecha de entrada en vigencia |
| Domicilio postal de reclamos (calle o apartado postal) | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de id. de la póliza | Número de id. del grupo | |
| Nombre del suscriptor (titular de la póliza) | Fecha de nacimiento | |
| Número de Seguro Social del suscriptor | Parentesco con el paciente | |
| Empleador del suscriptor | Número de teléfono del trabajo | |
| Domicilio del empleador del suscriptor (calle o apartado postal) | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

Consentimiento para el Tratamiento y la Responsabilidad Financiera

Consentimiento para tratar CMEA_NP_F101

Por la presente autorizo a los empleados y agentes de The Retina Group of Washington, PLLC ("RGW") dba Central Maryland Eye Associates, un afiliado de PRISM Vision Group, incluidos médicos, asistentes médicos, enfermeros profesionales y otros empleados y miembros de personal a prestar evaluaciones médicas y atención al paciente indicado a continuación. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito. Comprendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica excepto en el caso de una emergencia.

Nombre del paciente (IMPRIMIR)

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

Complete esta sección SOLO si el paciente es menor de edad o requiere un tutor legal.

Doy mi consentimiento para que _____ autorice la evaluación y el tratamiento del paciente identificado anteriormente cuando no estoy disponible. Comprendo que esto autoriza a las personas anteriores a consentir los procedimientos médicos y quirúrgicos, y las vacunas para el paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito.

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

Responsabilidad financiera CMEA_NP_F102

Por la presente autorizo a The Retina Group of Washington, PLLC ("RGW") dba Central Maryland Eye Associates, un afiliado de PRISM Vision Group a solicitar beneficios en mi nombre y el pago de los beneficios médicos directamente a RGW por los servicios prestados. Solicito que los pagos de Medicare, Medigap o cualquier otra compañía de seguros se realicen directamente a RGW. Se otorga la autorización para divulgar la información contenida en el registro médico del paciente o en la compañía de seguros médicos del paciente (o sus empleados o agentes) según sea necesario para procesar y completar el reclamo médico del paciente. Comprendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados, que pueden incluir servicios no cubiertos por las compañías de seguros del paciente. Acepto que todos los montos se deben pagar si se solicitan y son pagaderos a RGW.

La duración de esta autorización es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito. Comprendo que al no firmar esta divulgación de información, soy responsable del pago total de los servicios antes de que se presten los servicios.

Nombre del paciente (IMPRIMIR)

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

Método de comunicación preferido CMEA_NP_F104

Sí, deseo que The Retina Group of Washington, PLLC ("RGW") dba Central Maryland Eye Associates, un afiliado de PRISM Vision Group, me comunique mi información a través de un sistema seguro diseñado para mantener mi información a salvo.

Mi método de comunicación preferido con respecto a mis **afecciones médicas o información sobre citas** se indica a continuación:

Teléfono particular Teléfono celular Correo electrónico Carta por correo Guardian

Si el método de comunicación anterior es por **teléfono**, haga uno de los siguientes (**marque UNO**):

- Deje un mensaje con información detallada.
- Deje un mensaje con un número de devolución de llamada solamente.

Si el método de comunicación mencionado anteriormente es por **correo electrónico**, considere las implicaciones de privacidad; por ejemplo, cualquier otra persona que pueda tener acceso a su dirección de correo electrónico o cualquier otra persona, como su empleador, que pueda tener el derecho o la capacidad de revisar todo el correo electrónico recibido en su dirección laboral.

Informe a nuestra oficina si tiene instrucciones o solicitudes especiales con respecto a nuestra comunicación con usted. Por ejemplo, avísenos si desea que le llamemos a un número de teléfono diferente para obtener un resultado específico de la prueba o si no desea que nos comuniquemos con usted en absoluto.

Contactos aprobados por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) CMEA_NP_F105

Mantener la información de nuestro paciente en privado es importante para nosotros, y por defecto divulgaremos información relacionada con la cuenta de facturación y las afecciones médicas del paciente solo al paciente o tutor legal.

Si desea añadir contactos adicionales, que no sean el paciente o el tutor legal, que The Retina Group of Washington, PLLC ("RGW") dba Central Maryland Eye Associates, un afiliado de PRISM Vision Group, está autorizado a revelar este tipo de información, complete los campos de abajo y seleccione las casillas de verificación apropiadas basadas en su aprobación para cada persona que ha enumerado. Si la fecha de finalización se deja en blanco, entonces la duración de esta autorización es indefinida a menos que se revoque por escrito lo contrario.

Nombre de contacto Parentesco con el paciente Número de teléfono de contacto Fecha de finalización

Información sobre la cuenta de facturación Información sobre la afección médica Contacto de emergencia

Notas adicionales: _____

Nombre de contacto Parentesco con el paciente Número de teléfono de contacto Fecha de finalización

Información sobre la cuenta de facturación Información sobre la afección médica Contacto de emergencia

Notas adicionales: _____

CMEA_NP_F107

Aviso de prácticas de privacidad y acuse de recibo.

Nombre del paciente _____

Fecha: ____/____/____

El Aviso de prácticas de privacidad describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica protegida sobre usted, y cómo puede obtener acceso a esta información. Revise detenidamente.

The Retina Group of Washington, PLLC ("RGW") dba Central Maryland Eye Associates, un afiliado de PRISM Vision Group, está obligada por ley a proteger la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad, y a proporcionarle una copia de este aviso, el cual describe las prácticas de privacidad de la información médica de nuestro consultorio, su personal médico y los proveedores de atención médica afiliados que realizan conjuntamente actividades de pago y operaciones comerciales con nuestro consultorio. La «información médica protegida» es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo así como información genética, e información que se relaciona con su salud o afección física o mental pasada, presente o futura, y los servicios de atención médica relacionados.

El ____/____/____ yo, _____, recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.
(Fecha de hoy) (Nombre del paciente)

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

* El Aviso de prácticas de privacidad de Central Maryland Eye Associates se puede buscar en nuestro sitio web:
<https://centralmarylandeye.com>

Solo para uso del consultorio

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener un acuse de recibo porque:

- La persona se negó a firmar.
- Las barreras de comunicación prohíben la obtención del acuse de recibo.
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo.
- Otro (especificar)

Este formulario de acuse de recibo pasará a formar parte de su registro médico permanente.

Cuestionario Médico/Antecedentes Oculares
CMEA_NP_F108

| | | | |
|--|-----|---|---------------------|
| Nombre del paciente: | | Fecha / / | |
| ¿Qué problema ocular lo trae por aquí? | | | |
| ¿Cuándo fue su último examen ocular? | / / | Oftalmólogo | |
| ¿Qué le dijo su médico? | | | |
| SÍ NO | | | |
| ¿Usa gafas para la visión? | | | |
| ¿Usa lentes de contacto? | | Si es así, ¿cuándo los cambió por última vez? | |
| ¿Tiene glaucoma? | | Si es así, ¿cómo se está tratando? | |
| ¿Se ha sometido a una cirugía de cataratas? | | Si es así, ¿qué ojo? | Fecha de la cirugía |
| | | Ojo izquierdo | / / |
| | | Ojo derecho | / / |
| Nombre del cirujano | | | |
| ¿Se sometió a otra cirugía? Indique los detalles a continuación. | | | |

Antecedentes Médicos: Antecedentes Sociales

¿Alguna vez ha sufrido alguno de los siguientes?

| | SÍ | NO | Comentario |
|---|----|----|------------|
| ¿Nació de manera prematura? | | | |
| ¿Antecedentes de pérdida de peso, fiebre? | | | |
| ¿Dolores de cabeza, sinusitis, amigdalectomía? | | | |
| ¿Afección cardíaca? | | | |
| ¿Presión arterial alta? | | | |
| ¿Problemas circulatorios? | | | |
| ¿Enfermedad pulmonar? | | | |
| Úlceras, enfermedad del hígado, la vejiga? | | | |
| ¿Fuma? | | | |
| ¿Bebe? | | | |
| ¿Enfermedad renal, de la vejiga y de la próstata? | | | |

| | SÍ | NO | Comentario |
|--|----|----|------------|
| ¿Enfermedad de las articulaciones? | | | |
| ¿Enfermedad de la piel o cáncer de mama? | | | |
| ¿Accidente cerebrovascular o enfermedad neurológica? | | | |
| ¿Antecedentes de enfermedades psicológicas? | | | |
| ¿Enfermedad de la tiroides? | | | |
| ¿Diabetes? | | | |
| Fecha de los últimos resultados del azúcar en la sangre: | | | |
| ¿Trastorno hemorrágico, anemia? | | | |
| ¿Sida o enfermedades infecciosas? | | | |
| ¿Cáncer? | | | |

Enumere **TODAS** las medicaciones que toma actualmente, incluidas las gotas para ojos:

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Enumere **TODAS** las alergias, incluidas las medicaciones:

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |

HISTORIAL FAMILIAR

| ¿Hay antecedentes familiares de | SÍ | NO | Parentesco: |
|-------------------------------------|----|----|-------------|
| cataratas? | | | |
| glaucoma? | | | |
| enfermedad de la retina? | | | |
| diabetes? | | | |
| hipertensión? | | | |
| anemia? | | | |
| otra enfermedad ocular o sistémica? | | | |

| | |
|----------------------|---|
| Nombre del paciente: | Fecha / / |
|----------------------|---|

¿Tiene algún problema en las siguientes áreas? Marque todas las opciones correspondientes.

SÍ NO

SÍ NO

| GENERAL | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Fiebre | | | | | | | |
| Fatiga | | | | | | | |
| Pérdida/Aumento de peso | | | | | | | |
| Resfriados frecuentes | | | | | | | |
| OJOS | | | | | | | |
| Visión borrosa | | | | | | | |
| Visión doble | | | | | | | |
| Enrojecimiento | | | | | | | |
| Sensación arenosa o áspera | | | | | | | |
| Puntos ciegos | | | | | | | |
| Miodesopsias | | | | | | | |
| Destellos | | | | | | | |
| Ambliopía | | | | | | | |
| Picazón/ardor | | | | | | | |
| Lagrimo en exceso | | | | | | | |
| Sensibilidad al reflejo/a la luz | | | | | | | |
| Dolor ocular | | | | | | | |
| Infección crónica de ojos, párpados | | | | | | | |
| ORL: Oído, nariz y garganta | | | | | | | |
| Sinusitis | | | | | | | |
| Tos | | | | | | | |
| Dificultad para caminar | | | | | | | |
| Ronquera | | | | | | | |
| Pérdida de la audición | | | | | | | |
| Sangrados nasales | | | | | | | |
| CORAZÓN | | | | | | | |
| Dolor en el pecho | | | | | | | |
| Ritmo cardíaco irregular | | | | | | | |
| Marcapaso | | | | | | | |
| Soplo cardíaco | | | | | | | |
| Pies/tobillos inflamados | | | | | | | |
| Calambres en las piernas al caminar | | | | | | | |
| PULMONES | | | | | | | |
| Sibilancia, dificultad para respirar | | | | | | | |
| Tos con sangre/Mucosidad | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| COMENTARIOS RELACIONADOS CON RESPUESTAS ANTERIORES: (IMPRIMIR) | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Gastrointestinal/Genitourinario | | | | | | | |
| Vómitos | | | | | | | |
| Evacuación intestinal con sangre | | | | | | | |
| Acidez estomacal | | | | | | | |
| Pérdida del apetito | | | | | | | |
| Dificultad para orinar | | | | | | | |
| Sangre en orina | | | | | | | |
| Micción frecuente | | | | | | | |
| Dolor al orinar | | | | | | | |
| MUSCULOESQUELÉTICO | | | | | | | |
| Dolor muscular | | | | | | | |
| Dolor en las articulaciones, artritis | | | | | | | |
| INTEGUMENTARIO | | | | | | | |
| Sarpullido, magulladura con facilidad | | | | | | | |
| Enfermedad mamaria | | | | | | | |
| NEUROLÓGICO | | | | | | | |
| Dolores de cabeza frecuentes y con desmayos | | | | | | | |
| Convulsiones | | | | | | | |
| PSIQUIÁTRICO | | | | | | | |
| Depresión | | | | | | | |
| Ansiedad | | | | | | | |
| Problemas psiquiátricos | | | | | | | |
| ENDOCRINO | | | | | | | |
| Sed excesiva | | | | | | | |
| Sudoración excesiva | | | | | | | |
| HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO | | | | | | | |
| Glándulas inflamadas | | | | | | | |
| ALERGIAS/INMUNOLÓGICO | | | | | | | |
| Alergias estacionales | | | | | | | |
| Rinitis alérgica | | | | | | | |
| OTRO | | | | | | | |
| Embarazada | | | | | | | |
| Menopausia | | | | | | | |
| Hemorragia vaginal | | | | | | | |
| Bultos en los senos | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |