

Walker Eye Care
William M. Walker, O. D.
971 S. Cox St
Asheboro, NC 27203

Reconocimiento de recibo del aviso de privacidad

Yo, (nombre de paciente) _____ he sido presentado con una copia de las pólizas de privacidad de Walker Eye Care, detallando cómo mi información será usado y divulgado, cómo es permitido bajo la ley federal y del estado. Yo entiendo el contenido del aviso, y pido las restricciones siguientes con respecto a mi información médica personal.

Además, yo permito que una copia de esta autorización sea usada en lugar del original, y pido pago de los beneficios médicos al seguro a mi mismo o a la persona que acepta designación. Regulaciones con respecto a asignaciones médicos aplica.

Firmado: _____

Fecha: _____

Si no está firmado por el paciente, por favor indica la relación al paciente (ej. Conyuge, hijo(a))

Relación: _____

Persona de testigo: _____

Fecha: _____

Para uso interno solamente:

Si el paciente o su representante se niega a firmar el Aviso de privacidad, por favor documenta la fecha y la hora que el Aviso de privacidad fue presentado al paciente y firma de bajo.

Presentado en: _____ (fecha y tiempo)

Por: _____ (nombre y título)

Walker Eye Care

William M. Walker, O.D.
971 S Cox St
Asheboro, NC 27203

Esta información nos permitirá empezar el proceso que asegura la salud de sus ojos y vista se quedan a su mejor salud y que su salud y el estilo de vida sean cumplidos. Gracias por su ayuda.

Nombre del paciente _____
Apellido Nombre Inicial media Apodo

Dirección _____
Calle o # de apartado postal Ciudad Estado Código del Zip

Fecha de Nacimiento ___/___/___ SS# _____ Correo Electrónico _____

Número de teléfono: Celular (___) ___-___ Casa (___) ___-___ Trabajo (___) ___-___

¿Podemos mandarte un mensaje de texto? Sí ___ No ___ Género: Mujer ___ Hombre ___

Método de comunicación preferido: Correo Electrónico ___ Teléfono ___ Correo ___

Algunos grupos étnicos tienen un riesgo más alto para la enfermedad de los ojos

Raza _____ Grupo Étnico _____

Farmacia preferido _____ Número de farmacia _____

Su empleador _____ Su ocupación _____

Doctor de la familia _____ Número del doctor _____

Si está casado(a), nombre de conjuje(a) _____ Empleador de conjuje(a) _____

Si tiene menos de 18 años, nombre del padre/ madre o guardián legal _____

Relación al paciente _____ Número de teléfono _____ Empleador _____

Contacto en caso de emergencia: _____ # de teléfono _____ Relación _____

¿Por qué vino a vernos.? _____ ¿A quien podemos dar gracias por referir? _____

¿Cómo va a pagar hoy? ___ Pago en total con cash, cheque o tarjeta ___ Copay con seguro/ deducible

"Yo solicito que el pago de beneficios sea hecho al doctor o mí mismo por cualquier servicios previstos. También autorizo cualquier asegurado de información médica sobre mí ser dado a la compañía o sus agentes cualquier información necesaria a los beneficios o a la cantidad a pagar para cualquier servicios relacionados."

"Yo entiendo que cualquier servicios que no estén cubiertos por el seguro y copagos son debidos al tiempo del servicio."

"También reconozco que he tenido la oportunidad de recibir una copia de los las prácticas de privacidad y pólizas esta oficina."

Firma

Fecha

Cuestionario de su historia médica

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ Correo electrónico _____

Alérgias _____

Medicamentos actuales _____

Historial de enfermedades / Condiciones médicas _____

Diabetes __ sí __ no Si es así, toma insulina __ sí __ no y/o toma medicinas orales para la diabetes __ sí __ no

Alta presión sanguínea __ sí __ no

Historial de enfermedades o problemas de ojos del paciente _____

Historial de enfermedades de los ojos en la familia _____

Uso del tabaco: Por favor marque uno

___ Nunca he fumado

___ Ex Fumador(a) / Fecha de dejar _____

___ Usuario(a) del tabaco sin humo

___ A veces fumo

___ Fumo un poco (1-9 cigarillos cada día)

___ Fumador(a) diariamente ___ Cajas de un día ___ Años

___ Fumador(a) excesivo(a) ___ Cajas de un día ___ Años

Uso de alcohol: Por favor marque uno

___ Ninguno

___ Uso social solamente

___ 1-2 bebidos diariamente

___ Por encima del uso promedio

___ Dependiente en el alcohol

¿Has estado infectado con cualquier enfermedad de transmisión sexual? ___ Sí ___ No

Si contestó sí: ___ Gonorrea ___ Sífilis ___ Hepatitis ___ VIH ___ Otro

Seguro de visión _____

Asegurado _____

Fec de Nac del asegurado _____

ID del seguro _____

Número del grupo _____

Seguro de visión _____

Asegurado _____

Fec de Nac del asegurado _____

ID del seguro _____

Número del grupo _____

Seguro de visión _____

Asegurado _____

Fec de Nac del asegurado _____

ID del seguro _____

Número del grupo _____

Por mi firma yo atestiguo que la información que yo he proveído es verdadero y preciso. Permito que Walker Eye Care verifique mis medicaciones, incluyendo cualquier información que mi farmacia o doctor médico tenga en mi archivo.

Firma _____