

BIENVENIDOS

Nos complace darle usted la bienvenida a nuestra práctica. Por favor, tómese unos minutos para completar este formulario de la forma más completa que es posible. Si tiene alguna pregunta, estaremos encantados de ayudarle. Esperamos trabajar con usted para mantener su salud.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ Número de Seguro Social: _____
Apellido Primer Segundo

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ CELULAR: _____

HOMBRE MUJER AÑOS DE EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) VIUDO(A) NIÑO(A) DEPENDIENTE

EMPLEADOR DEL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADO: _____

¿QUIÉN LO REMITIÓ A ESTA OFICINA? _____

¿ALGUNOS AMIGOS / FAMILIARES QUE SON PACIENTES AQUÍ? _____

¿QUIÉN ES SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA? _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO _____ FAX: _____

SI USTED VA A UNA CLÍNICA, ¿CÓMO SE LLAMA LA CLÍNICA? _____

SI NO HABLA INGLÉS, NOMBRE/NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA QUE LO HABLA:

TIPO DE SEGURO: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA TARJETA: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

¿ES LA PACIENTE UN(A) HIJO(A) DEPENDIENTE? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO, NOMBRE DEL PADRE O GUARDIÁN/GUARDIANA: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

YO AUTORIZO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS A PAGAR BENEFICIOS MÉDICOS DIRECTAMENTE A NEERU DUA, MD.

Firma del Paciente

Fecha

HISTORIAL MÉDICO

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

CUALQUIER ALERGIA A ALIMENTOS / MEDICAMENTOS / LÁTEX:

MEDICAMENTOS RECETADOS QUE USTED TOMA:

¿Estás siendo tratado(a) por diabetes? SÍ NO En caso afirmativo, ¿por cuántos años? _____

¿ESTÁ USTED TRATADO(A) ACTUALMENTE POR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

ANEMIA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ASMA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDAD DE CORAZÓN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
CÁNCER	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDAD DE RIÑÓN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ÚLCERAS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDAD DE TIROIDES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
SIDA / VIH	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDAD DEL HIGADO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
INFARTO CEREBRAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	DESORDEN SANGUÍNEO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ARTRITIS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ARTRITIS REUMATOIDE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	EM (esclerosis múltiple)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	OTRO (describa)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

OTRAS CONDICIONES:

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía mayor? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO, EXPLICA: _____

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: ¿Tiene ACTUALMENTE alguno de los siguientes problemas?

- Fiebre crónica, pérdida/ganancia de peso, fatiga SÍ NO
- Problemas de oído/nariz/garganta [es decir, pérdida de la audición; seno] SÍ NO
- Problemas cardíacos [dolor de pecho; latido del corazón irregular] SÍ NO
- Problemas respiratorios [dificultad para respirar, enfisema] SÍ NO
- Problemas gastrointestinales [ardor de estómago, dolor, diarrea] SÍ NO
- Problemas urinarios [dolor, sangre en la orina, cálculos renales] SÍ NO
- Problemas de la piel [erupciones cutáneas, eccema, psoriasis, cáncer] SÍ NO
- Problemas musculoesqueléticos [dolores en las articulaciones, debilidad] SÍ NO
- Problemas neurológicos [entumecimiento, debilidad, dolores de cabeza] SÍ NO
- Problemas psiquiátricos [depresión, ansiedad, TDAH] SÍ NO

HAY HISTORIA FAMILIAR DE

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUIÉN?

DIABETES SÍ NO
GLAUCOMA SÍ NO
DEGENERACIÓN MACULAR SÍ NO

¿FUMA USTED? SÍ NO EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNTO? _____

¿BEBE ALCOHOL? SÍ NO ¿CUÁNTO? _____

HISTORIA DEL OJO

¿ALGUNA VEZ LE HA DICHO QUE TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES OCULARES?

GLAUCOMA SÍ NO DEGENERACIÓN MACULAR SÍ NO
OJO VAGO SÍ NO RETINOPATÍA DIABÉTICA SÍ NO
CATARATAS SÍ NO DESPRENDIMIENTO DE RETINA SÍ NO
OJO SECO SÍ NO NEURITIS ÓPTICA SÍ NO

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNA CIRUGÍA DEL OJO O PROCEDIMIENTO(S) CON LÁSER?: SÍ NO

DESCRIBA: _____

¿TOMA REGULARMENTE GOTAS PARA LOS OJOS? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUALES SON?: _____

¿TIENE ACTUALMENTE ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS OCULARES?

SENSACIÓN ARENOSA SÍ NO SENSIBILIDAD A LA LUZ SOLAR SÍ NO
OJOS LLORESOS SÍ NO SENSIBILIDAD A FAROS SÍ NO
COMEZÓN SÍ NO PÉRDIDA DE VISIÓN RECIENTE SÍ NO
INCENDIO SÍ NO DOLOR DE OJO SÍ NO

¿USTED UTILIZA GAFAS Y/O LENTES DE CONTACTO? SÍ NO

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Acuse de recibo de la notificación
Armory Eyecare
Neeru Dua, M.D.
Bradford Newman, O.D.
836 Farmington Avenue, Suite 121
West Hartford, CT 06119
TELÉFONO: (860) 233-9671 | FAX: (860) 236-3607

Nombre del Paciente: _____

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta práctica médica. Además, reconozco que se publicará una copia del aviso actual en el área de recepción y que puedo solicitar una copia de cualquier Aviso de prácticas de privacidad modificado en cada cita.

Firmado: _____ Fecha: _____

Imprima su nombre: _____ TELÉFONO: _____

Si no está firmado por el paciente, indique su relación con el paciente:

Al firmar este documento, usted le da permiso a nuestra oficina para:

- Contactarlo por teléfono
- Correspondencia con usted por correo y / o FAX
- Enviar recetas a su farmacia
- Hablar con otros médicos sobre su caso
- Hablar con los miembros de su familia sobre usted cuando sea necesario

Si tiene alguna objeción, por favor díganos.

Armory Eyecare
Neeru Dua, M.D.
Bradford Newman, O.D.
836 Farmington Avenue, Suite 121
West Hartford, CT 06119
TELÉFONO: (860) 233-9671 | FAX: (860) 236-3607

Estimado(a) paciente:

La práctica de Neeru Dua, M.D. participa en la mayoría de los planes de seguro. Lo que significa esta participación es que la oficina presentará todos los reclamos a los seguros que nos proporcione, y nos pagarán directamente por los SERVICIOS CUBIERTOS.

Esto NO SIGNIFICA que no tendrá ninguna responsabilidad financiera con Dra. Dua.

USTED ES RESPONSABLE PARA:

- **DEDUCIBLES:** si su compañía de seguros los tiene [Medicare cuesta \$166 por año].
o Si alcanzó su deducible, es posible que sea responsable de la factura completa.
- **COPAGOS:** si su compañía de seguros lo solicita, DEBE PAGARSE EN EL MOMENTO DE LA VISITA o es posible que sea necesario reprogramar la visita.
- **CUOTA DE REFRACCIÓN:** algunos seguros cubren una REFRACCIÓN, mientras que otros no. Usted será responsable por la tarifa de \$50.00 si su seguro no lo hace.
- **FORMULARIOS DE REMISIÓN:** algunos seguros requieren que obtenga una REMISIÓN de su médico de atención primaria ANTES DE SU VISITA.
- **PROPORCIONAR EL SEGURO CORRECTO/ACTUALIZADO:** usted es responsable de proporcionarnos su seguro actualizado. Si no tenemos la información correcta de su seguro, usted será responsable de pagar la factura completa. Se le facturará si la reclamación no se paga; después de 90 DÍAS, la factura se enviará a Cobranza si no se paga.
- **SABER SI EL SEGURO TIENE UNA Cláusula adicional para la vista:** algunos planes no pagan los exámenes de la vista de rutina. Algunos necesitan una autorización previa y algunos planes en los que no participamos.

Hay cargos adicionales por lentes de contacto [chequeos; guarniciones]. Para que podamos presentar todos sus reclamos, necesitamos que firme la siguiente declaración y proporcione **TODA LA INFORMACIÓN EXACTA DE SU SEGURO.** Esto incluye su seguro PRIMARIO y su(s) seguro(s) SECUNDARIO(s) también.

REQUISITOS DE LA FIRMA DEL BENEFICIARIO

“Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre a la Dra. Neeru Dua, M.D. por cualquier servicio que me brinde la Dra. Dua u otros médicos en su consultorio. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información para determinar estos beneficios o beneficios pagaderos por servicios relacionados.”

Firma del Paciente

Fecha