



### Información del Paciente

**Paciente:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: ( )Soltero(a) ( )Casado(a) ( )Otro

Género: ( ) Hombre ( )Mujer # Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ # de celular: \_\_\_\_\_

# de empleo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Si el/la paciente es menor de edad, Favor de contestar la información siguiente:**

Padre/Madre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

# de celular: \_\_\_\_\_ # de empleo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Información Opcional:**

Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Lenguaje: \_\_\_\_\_

**Información de Médico Refiriendo:**

Nombre de Médico: \_\_\_\_\_ # de Tel: \_\_\_\_\_ # de Fax: \_\_\_\_\_

**Información del Seguro:**

Seguro Médico Primordial: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

\*Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Médico Secundario: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

\*Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Plan de Servicios de Vision:** \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

\*Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**\*\*\*Cantidades no cubiertas por seguros serán pagadas por el paciente a la hora de la visita\*\***

Iniciales de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Kozlovsky Delay & Winter  
Eye Consultants, LLC.

An Alliance of Professional Associations

### Historial Médico

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Oculista Anterior: \_\_\_\_\_ Doctor General: \_\_\_\_\_

# de Telefono: \_\_\_\_\_

#### Tiene alguna de las condiciones siguientes:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resequedad de Ojos | <input type="checkbox"/> Cirugías Oculares | <input type="checkbox"/> Usa Lentes             |
| <input type="checkbox"/> Visión Borrosa     | <input type="checkbox"/> Lesiones Oculares | <input type="checkbox"/> Usa Lentes de Contacto |

#### Tiene problemas con alguno de los siguientes sistemas?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal      | <input type="checkbox"/> Sistema Nervioso                          | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Oído/Nariz/Garganta   | <input type="checkbox"/> Genitourinario                            | <input type="checkbox"/> Mental          |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular        | <input type="checkbox"/> Musculoesquelético                        | <input type="checkbox"/> Piel            |
| <input type="checkbox"/> Sangre/Linfático      | <input type="checkbox"/> Respiratorio                              |  |
| <input type="checkbox"/> Alergica/Inmunologica | <input type="checkbox"/> Presión Sanguinea-Cuanto Tiempo? _____    |  |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza     | <input type="checkbox"/> Endocrino (Diabetes)-Cuanto Tiempo? _____ |  |

#### Tiene antecedente familiar de alguno de los siguientes: (Favor de marcar con X a las que correspondan)

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cataratas            | <input type="checkbox"/> Glaucoma     | <input type="checkbox"/> Degeneración Macular      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Retinopatía | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina |

#### Ha tenido Cirugías?

\_\_\_\_\_

#### Tiene reacciones alérgicas a algún medicamento?

\_\_\_\_\_

#### Farmacia de preferencia y ubicación:

\_\_\_\_\_

Fuma? ( ) No ( ) Si, Cuanto? \_\_\_\_\_ Bebe Alcohol? ( ) No ( ) Si, Cuanto? \_\_\_\_\_

Esta interesado(a) en lentes de contacto?  Si  No

Lista de Medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Kozlovsky Delay & Winter  
Eye Consultants, LLC  
*An Alliance of Professional Associations*

## ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACION DE TRATAMIENTO

**Pagos:** Entiendo que soy responsable por el pago de cualquier servicio rendido a mí o algún dependiente provistos por esta oficina. Las citas pueden ser cambiadas por falta de pago de copagos y o balances previos.

**Cheques rechazados:** Cheques rechazados resultarán en un cargo de colección. (Cargo de \$30)

**Seguro médico:** Su póliza de seguro médico es un contrato entre usted y su empleador (si aplica) y la compañía de seguro. Yo confirmo que las tarjetas de seguro proveídas son vigentes y precisas. Si hay algún cambio yo avisaré a su oficina al momento de programar una cita.

**Servicios no cubiertos:** Yo entiendo que algunos servicios no serán cubiertos por mi plan de seguro médico y yo seré responsable financieramente por todos los servicios no cubiertos

**Cancelación de citas:** Si es necesario cancelar o cambiar una cita, favor de hacerlo con 24 horas de anticipación. La falta de notificación en el tiempo debido por cancelación o cambios así todo resultará en un cargo de \$40.

**Refracción:** La refracción es el procedimiento para determinar si hay necesidad de corrección en la vista con gafas o lentes de contacto. Es una parte esencial en su examen de ojos y necesario para determinar el aumento de gafas o lentes de contacto. Una receta de aumento no es el único propósito de una refracción, es de suma importancia médicamente que su doctor sepa si están sucediendo cambios en su vista.

**Dilatación:** Las gotas de dilatación se utilizan para dilatar o agrandar la pupila de los ojos permitiendo que el/la doctora tenga mejor vista de la parte interior del ojo. Frecuentemente esto borra la vista por un periodo de tiempo y puede causar sensibilidad a la luz. No es posible determinar cuánto tiempo su visión será afectada, es mejor que haga preparativos para no conducir un auto después de su cita. Reacción adversa como glaucoma agudo de ángulo de cierre puede ser provocada por las gotas de dilatación. Esto es extremadamente raro y tratable con una atención médica inmediata.

**Referencias:** Si su seguro requiere autorización de su doctor general nosotros lo solicitaremos antes de tiempo. Esto es una cortesía de parte nuestra para usted (paciente), sin embargo, no podemos garantizar que la autorización será concedida para la fecha de la cita por lo tanto estaremos al pendiente cuando se acerque su cita para asegurarnos que la hemos recibido. Si no recibimos la autorización para la fecha de servicio, será necesario cambiar la fecha de la cita o el paciente será responsable por el pago completo de la cita previamente programada.

Al firmar aquí usted está de acuerdo con las pólizas anteriores y confirma que está de acuerdo en términos sobre las responsabilidades de pago y autoriza KDW y empleados que usen y divulguen su información médica protegida por motivo de examinación y o tratamiento, pagos, facturación y operaciones de negocios.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Kozlovsky Delay & Winter  
Eye Consultants, LLC.

*An Alliance of Professional Associations*

## Divulgación de Expediente Médico a Familiares

(Padre o Tutor/Nombre de Paciente) Yo \_\_\_\_\_ autorizo a KDW Eye Consultants y sus empleados a divulgar cualquier y toda información en relación con mi expediente médico de esta oficina a los siguientes familiares:

Nombre:	Relación:	Fecha de Nacimiento:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Solamente los familiares nombrados podrán tener acceso a mi información médica. Ninguna otra persona deberá tener acceso sin el permiso mío, paciente del Dr. John F. Kozlovsky, Dr. Richard L. Delay, Dr. Bruce Winter, Dr. Jeannine E. Camacho y/o Dr. Judith Newman, al agregar sus nombres a la lista previa.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### KDW Eye Consultants

#### CONFIRMACIÓN DE RECIBIMIENTO DE LA NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo \_\_\_\_\_ confirmo que he recibido la notificación de prácticas de privacidad de KDW Eye Consultants. **(FAVOR DE PEDIR UNA COPIA EN RECEPCION SI LO DESEA)**

Este aviso describe como KDW Eye Consultatns podrá usar y divulgar mi información médica protegida, ciertas restricciones sobre el uso y divulgación de mi información médica y derechos que tengo en relación con mi información médica protegida.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_