



Walter E. Beebe, MD
C. Bradley Bowman, MD
Tyrone McCall, MD
Gregory Nettune, MD
Joshua Zaffos, MD
Jamie Alexander, MD
Luke B. Potts, MD, PhD

Estimado Paciente,

Gracias por elegir a Cornea Associates of Texas. Con más de 25 años de servicio en el área de Dallas/Fort Worth, nuestra oficina se especializa en proveer opciones para el tratamiento de la córnea, servicios de corrección visual y un compromiso en calidad de cuidado al paciente.

Como parte de nuestro compromiso, queremos hacer algunas sugerencias para mejorar la productividad de su consulta inicial en nuestra oficina.

- **Debido a la pandemia de COVID-19, debe usar una mascarilla o cubrebocas a su cita para poder ser atendido. También, por favor venga a su cita solo. Su conductor o invitado tendrá que permanecer en el auto mientras usted sea atendido debido a que solo estamos permitiendo la entrada a los pacientes por ahora.**
- **Por favor complete las formas adjuntas en este paquete.**
- **Traiga una lista actual de todos los medicamentos que esté tomando.** Por favor indique la razón por la que esté tomando cada medicamento.
- **Traiga todas sus tarjetas de seguro médico.** Debemos tener una copia actual de todas sus tarjetas de seguro médico, para poder hacer el reclamo con su aseguradora, Medicare, Medicaid, y/o tarjetas de seguro comerciales tales como planes PPO o HMO.
- **Por favor traiga cualquier referencia de seguro médico necesaria.** Si usted está en un plan HMO u otro plan que le obliga a tener una referencia, por favor solicítesela a su proveedor o médico de atención primaria. Para asegurarse de que su cita se retrase, póngase en contacto con nuestro departamento de seguro médico directamente al 214.692.0146 y confirme que hemos recibido su referencia.
- **Algunos de los exámenes que hacemos requieren que los pacientes dejen de usar los lentes de contacto por dos semanas para poder obtener resultados mas precisos.** Esto es especialmente necesario para candidatos con el potencial de requerir alguna cirugía. Si usted puede funcionar con lentes/anteojos, es preferible que elimine el uso de los contactos dos semanas antes de su cita.
Si usted no habla inglés con fluidez, se recomienda que invite a alguien a asistir a su cita para ayudar a traducir. Nuestra intención es proveer servicios de traducción, sin embargo, no podemos garantizar la presencia de un intérprete en cada vista.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) exige a nuestra oficina que informemos a nuestros pacientes de las prácticas de información de salud protegidas. Esta notificación adjunta describe como su información médica puede ser divulgada y como usted puede tener acceso a su información médica. Se le pedirá que firma una forma (también incluido) indicando que usted ha tenido la oportunidad de revisar nuestra política de HIPAA.

Para ayudar en la planificación de su cita, por favor tenga en cuenta que es común que una evaluación inicial dure entre 1 ½ a 2 horas o más. Esto es particularmente común para un candidato quirúrgico. Permitimos tiempo para una elevación completa por nuestro médico, tiempo necesario para la prueba y tiempo para una reunión con una de nuestras consejeras quirúrgicas. Esperamos con interés su evaluación inicial y tomando los pasos podremos hacer frente a sus necesidades de manera más eficaz.

Cornea Associates of Texas

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Estado Civil: _____

Seguro Social: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____
Ciudad Estado Código Postal

Tel. Casa: _____ Celular: _____ Tel. Trabajo: _____

Referido por: _____ Medico Primario: _____

Forma de Contacto Preferida: Tel. Casa ☐ Otro _____

Idioma Preferido: Ingles ☐ Otro ☐ _____ Grupo Étnico*: Hispano/Latino ☐ Otro ☐

Raza*: _____

Ha sido paciente aquí antes? S ☐ N ☐ En que año? _____ Bajo que nombre? _____

Ha viajado usted, o alguien de su hogar internacionalmente en los ultimos 45 dias?

☐ Si, a donde? ☐ No

Tiene algun sintoma respiratorio o fiebre? ☐ Si ☐ No

INFORMACION DEL EMPLEADOR:

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____
Ciudad Estado Código Postal

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del Empleador: _____
Ciudad Estado Código Postal

Seguro Social: _____ Parentesco con el Paciente: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: Nombre _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

CONSENTIMIENTO

PARA EL USO Y / O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO, PAGO, OPERACIONES MÉDICAS Y LO PERMITIDO POR LA LEY

Cornea Associates of Texas (en lo sucesivo también referido como “Cornea Associates”) mantendra un registro de la atención y los servicios que usted recibe en Cornea Associates. Este consentimiento sólo cubre su información médica protegida creada mientras usted es un paciente de Cornea Associates. Su información de salud protegida se refiere a su diagnóstico y / o tratamiento en Cornea Associates, incluyendo, pero no limitado a la información sobre la enfermedad mental (a excepción de notas de psicoterapia), el uso de alcohol o drogas o las enfermedades transmisibles como el Virus de Inmunodeficiencia Humana ("VIH") y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA"), los resultados de pruebas de laboratorio, historial médico, el progreso del tratamiento o cualquier otra información relacionada.

Al firmar esta forma, usted acepta que Cornea Associates use y / o divulgue de información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y según lo permitido por la ley. Nuestro *Aviso de Prácticas de Información de Salud Protegidas*, proporciona información acerca de cómo Cornea Associates y sus médicos pueden usar y / o divulgar información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y según lo permitido por la ley.

Al firmar esta forma usted también reconoce que ha recibido una copia del *Aviso de Prácticas de Información de Salud Protegidas* de Cornea Associates y ha tenido la oportunidad su revisión antes de firmar este consentimiento.

Firma del Paciente o Representante Legal

Testigo

Fecha

Copyright ©2003 Burford & Ryburn, L.L.P.

Cornea Associates of Texas

POR FAVOR LLENE EL OTRO LADO: ----->

*Para más información acerca de Raza o Grupo Étnico, vea el folleto adjunto.

MEDICARE y/o MEDICAID:

Numero de Medicare: _____ Numero de Medicaid: _____

SEGURO MEDICO PRINCIPAL (Complete la información de esta póliza con información del asegurado principal únicamente):

Compañía de Seguro Médico: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección _____ Teléfono: _____

Numero de Grupo: _____ Numero de Póliza: _____

Nombre del Empleador: _____ Dirección del Empleador: _____

SEGURO MEDICO SUPLEMENTAL (Complete la información de esta póliza con información del asegurado únicamente):

Compañía de Seguro Médico: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección _____ Teléfono: _____

Numero de Grupo: _____ Numero de Póliza: _____

Nombre del Empleador: _____ Dirección del Empleador: _____

Cornea Associates of Texas

SERVICIOS DE LABORATORIO

Entiendo que puedo recibir una factura por separado si mi cuidado médico incluye servicio de laboratorio, u otros servicios de diagnóstico. Además, entiendo que soy financieramente responsable de cualquier co-pago o saldo adeudado por estos servicios si no están cubiertos por mi seguro por cualquier razón.

PERMISO/CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Por la presente autorizo a los médicos y al personal de Cornea Associates of Texas para llevar a cabo los procedimientos necesarios para evaluar, diagnosticar y tratar mi condición según sea necesaria. Por este medio autorizo Cornea Associates of Texas a obtener electrónicamente información sobre mi historial de medicamentos de mi farmacia, mis planes de salud y cualquier otro proveedor de atención médica.

AUTORIZACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo a Cornea Associates of Texas para proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y los tratamientos, y yo asigno a Cornea Associates of Texas todos los pagos de otro modo pagadero a mí por los servicios prestados por Cornea Associates of Texas. Yo entiendo que soy responsable por todos los gastos incurridos por mi cuidado.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA** _____

FIRMA DEL RESPONSABLE _____ **FECHA** _____

(Si es diferente que el paciente)

NOMBRE DEL RESPONSABLE: (favor de imprimir) _____

Autorización del paciente para divulgar información de salud protegida

Autorizo a Cornea Asociados of Texas dar a conocer información de salud protegida a la persona (s) mencionada (s) a continuación con el fin de ayudar con mi atención médica y / o pago.

Nombre

Parentesco

Nombre

Parentesco

Nombre

Parentesco

Descripción de la información a ser utilizada o divulgada:

- Información demográfica del paciente
- Información medica del paciente
- Información de facturación y/o pago (s) del paciente

Entiendo que esta autorización estará vigente durante el período de tiempo que soy paciente de Cornea Asociados of Texas.

Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y que mi cuidado de salud y los pagos de mi salud no se verán afectados si no firmo este formulario.

Además, entiendo que si el destinatario autorizado para recibir la información no es una entidad cubierta. Por ejemplo compañía de seguros o no profesional de la salud, la información entregada podría ya no estar protegida por las regulaciones de privacidades federales y estatales.

Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a Cornea Asociados of Texas en 10740 N. Central Expressway Suite 350, Dallas, Texas 75231. También entiendo que la revocación por escrito debe ser firmada y fechada con una fecha que es posterior a la fecha de esta autorización. La revocación no afectará ninguna acción tomada antes de la recepción de la revocación por escrito.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

CORNEA ASSOCIATES OF TEXAS

AVISO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

A nuestros pacientes:

Se ha determinado que usted es responsable de pagar todos los cargos por los servicios prestados el día de hoy porque:

- ☐ **Usted no tiene cobertura de seguro medico**
- ☐ **Usted tiene una cláusula de pre existente en su póliza de seguro medico**
- ☐ **NO somos un proveedor contratado con su plan de seguro medico**
- ☐ **Usted ha superado la cantidad de visitas a la oficina permitidas en su póliza de seguro medico**
- ☐ **Usted tiene una cantidad sustancial a satisfacer en su póliza de seguro medico**

Cualquier pago por los servicios prestados el día de hoy, deben ser arreglados ANTES de su cita si cualquiera de las explicaciones mencionadas anteriormente son aplicables a su visita de hoy.

Para su comodidad, le proveeremos con una declaración que tiene la información correspondiente a los del día de hoy, que la compañía de seguros o Flex Account puede requerir el reembolso.

La persona que firma abajo, ya sea firmando como paciente o como representante del paciente, en consideración de los servicios que se presten al paciente, se compromete por este medio a sí mismo, de forma individual a pagar la cuenta a Cornea Associates of Texas en base a las tasas de cobro y términos de pago de Cornea Associates of Texas. En caso de que la cuenta sea referida a un abogado para la recolección, el mismo firmante pagará los honorarios razonables de abogados y gastos de cobranza.

Parentesco con el paciente: ☐ Yo Mismo ☐ Menor ☐ Dependiente ☐ Otro _____

Nombre Fecha de Nacimiento

Firma Fecha

Nombre de Testigo

Firma del Testigo Fecha



CORNEA ASSOCIATES OF TEXAS

ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

☐ ASIGNACION DE SEGURO MEDICO Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

La persona que firma abajo está de acuerdo, si él / ella firma como paciente o representante del paciente, que en consideración de los servicios a ser prestados al paciente, él / ella individualmente por este medio, obliga a sí mismo / a sí misma a pagar la cuenta de Cornea Associates of Texas en los precios regulares y los términos de Cornea Associates of Texas. Si la cuenta se refiere a un abogado para la colección, la persona que firma a continuación abonará los honorarios razonables de abogados y gastos de recaudación.

“Asigno el pago de los cargos pendientes de pago para ciertos tratamientos médicos y / o suministros proporcionados por los médicos y el personal de Cornea Associates of Texas para quien Cornea Associates of Texas está autorizado a facturar. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible de seguro de salud, co-seguros y servicios no cubiertos al momento de recibir los servicios.”

☐ CERTIFICACION DE MEDICARE Y/O MEDICAID

La persona que firma a continuación certifica que él / ella ha leído este documento, y es el paciente, o está debidamente autorizado por el paciente como representante del paciente, para ejecutar lo anterior y acepta sus términos.

“Yo certifico que la información dada por mí en solicitar pago bajo el Título XVIII y/o Título XIX de la Administración del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica o de otro tipo a liberar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios, cualquier información necesaria para esto, o cualquier reclamación de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan en mi nombre.”

ASIGNACION DE BENEFICIOS:

En consideración de los servicios prestados, por medio de la presente asigno a Cornea Associates of Texas, y / o cualquier médico que me ha tratado, todos los derechos, títulos e intereses de cualquier pago adeudado por los servicios descritos en este documento conforme a lo dispuesto en la política, o políticas, de seguros. Estoy de acuerdo en pagar cualquier saldo adeudado, incluido el coaseguro y copagos, cantidades no pagadas por la compañía de seguros o empresas.

Parentesco: ☐ Paciente ☐ Menor ☐ Dependiente ☐ Otro _____

Nombre Escrito

Firma

Fecha

Nombre Escrito de Testigo

Firma de Testigo

Fecha



Estamos llevando a cabo los procesos para cumplir con los nuevos los requisitos de uso significativo federales de los registros médicos electrónicos. El propósito de recolectar esta información es para asegurar que todos los pacientes reciban atención médica de alta calidad. Nos gustaría que usted nos proporcione su raza y origen étnico. Sólo utilizaremos esta información para asegurar que todos los pacientes reciban la mejor atención posible y cumplir con los requisitos federales actuales y futuros.

Etnicidad: Hay dos grupos étnicos definidos según el Censo de los Estados Unidos, elija la opción que mejor describe su etnicidad.

- Hispano/Latino
- No Hispano/Latino

Raza: A continuación están las opciones estándar, elija la que mejor describe su raza.

- Indio Americano / Nativo de Alaska
- Afro Americano
- Blanco
- Multirracial
- Asiático
- Nativo de Hawái o Islas Pacíficas
- Declino

Idioma: Con cual idioma se siente usted más cómodo al hablar con su doctor o enfermera?

- Inglés
- Español
- Vietnamita
- Chino
- Alemán
- Francés
- Hindi
- Coreano
- Tagalog
- Lenguaje de señas
- No Sabe
- Declino
- Otro



Fecha _____ Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Farmacia _____ preferida: _____

Direccion: _____ Telefono _____

de la farmacia: _____

Razon de la visita (síntomas): _____ Ojo: Derecho / Izquierdo / Ambos

Usa normalmente : Anteojos ☐ Si ☐ No Si es así, que edad tienen sus anteojos? _____Usa normalmente: Lentes de contacto ☐ Si ☐ No Si es así, los tiene puesto hoy? ☐ Si ☐ No**Reacciones alérgicas a medicamentos:** ☐ Marque aquí si no tiene alergias o reacciones de drogas conocidas☐ Acetaminofén ☐ Aspirina ☐ Cipro ☐ Codeína ☐ Ibuprofeno ☐ Penicilina ☐ Sulfa ☐ Tramadol☐ Otro, (liste por favor) _____¿alergia o reacción al látex? ☐ Si ☐ No Si es así, explique reaccion por favor _____**Últimas/actuales condiciones oculares:** ☐ Marque aquí si no tiene condiciones oculares conocidas

Nombre de la condición o diagnóstico del ojo	Ojo	fecha de diagnóstico	Doctor

Cirugías o procedimientos oculares previos: ☐ Marque aquí si nunca ha tenido cirugías o procedimientos oculares

Tipo de cirugía ocular/procedimiento	Ojo	Fecha	Doctor

Medicamentos para los ojos (Incluir con o sin receta medica): ☐ Marque aquí si actualmente no está usando ningún medicamento para los ojos

Nombre del medicamento	Dosis	Ojo	Fecha de inicio

Medicamentos en general: (Incluye con o sin receta medica y vitaminas) ☐ Marque aquí si actualmente no está tomando ningun medicamento

Nombre del medicamento	Dosis	Fecha de inicio

Questionario medico/Pagina 2

Questionario medico/Pagina 2

Nombre del paciente_____ Fecha de nacimiento_____

Historial medico: ¿ha sido diagnosticado alguna vez con alguno de los siguientes?

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Pérdida auditiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Depresión
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No IColesterol alto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trastorno tiroideo
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anemia
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Rosácea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergias
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Latido cardíaco irregular/rápido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Eczema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Lupus
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Migraña	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sjogrens
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfisema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Parkinson	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No HIV
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alzheimer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cancer; Tipo:
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Derrame / Parálisis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No embarazada o lactando
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hernia hiatal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desorden de la prostata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ansiedad	

Cirugías previas: por favor enumere todas las cirugías anteriores (excepto ojo) ☐ Marque aquí si no ha tenido ninguna cirugía previa

Revisión de sistemas: ¿tiene actualmente algún problema en las siguientes áreas?

Síntomas constitucionales	Metabólico/ Endocrino	Neurológicos
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fatiga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Intolerancia al frío	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Mareo
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Intolerancia al calor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolores de Cabeza
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Polidipsia (sed excesiva)	Otro
Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Polifagia (hambre excesiva)	Hematológico / Linfático
Cabeza, orejas, nariz y garganta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Poliuria (Micción frecuente)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sangría
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Pérdida auditiva	Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Magulladuras

Otro	Tegumentario (Piel)	Otro
Respiratorio (pulmones/respiración)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Erupción	Alérgico / Inmunológico
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos	Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergias ambientales
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sibilancias	Gastrointestinal (Estómago /Intestinos)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergias a los alimentos
Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Infecciones recurrentes
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diarrea	Otro
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Presión torácica o malestar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Vómito	Musculoesquelético
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Latidos cardíacos irregulares/palpitaciones	Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artralgia (Dolor en las articulaciones)
Otro	Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Inflamación dr articulaciones
Genitourinario (genitales, riñón, vejiga)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cambios emocionales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Debilidad muscular
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Disuria (micción dolorosa)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desorientación	Otro
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hematuria (sangre en la orina)	Otro	
Otro		

Historia Familiar: ☐ Marque aquí si no tiene ningún historial familiar relevante

Enfermedades de los Ojos	Relación con el Paciente	Condiciones Médicas	Relación con el Paciente	Condiciones Médicas	Relación con el Paciente
<input type="checkbox"/> Ambliopía		<input type="checkbox"/> Artritis		<input type="checkbox"/> Cancer	
<input type="checkbox"/> Distrofia de Fuch		<input type="checkbox"/> Asma		Tipo de cancer:	
<input type="checkbox"/> Queratocono		<input type="checkbox"/> Diabetes			
<input type="checkbox"/> Glaucoma		<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco			
<input type="checkbox"/> Degeneración Macular		<input type="checkbox"/> Presión arterial alta			
<input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina		<input type="checkbox"/> Derrame			

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Historia Social:

Consumo de Tabaco (Por Favor Marque Uno)			
<input type="checkbox"/> Nunca a fumado/Usado tobaco	<input type="checkbox"/> Fumador ocasional	<input type="checkbox"/> Fumador Diario	<input type="checkbox"/> Fumador pesado actual
<input type="checkbox"/> Desconocido			
Uso de alcohol (por favor marque sí o no)			
¿bebe alcohol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> 1 bebida al dia <input type="checkbox"/> 2-3 bebidas al dia <input type="checkbox"/> 4+ bebidas al dia			
Uso recreacional de drogas (por favor marque si o no)			
¿usas drogas recreacionales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué tipo? ¿con qué frecuencia?			
Uso de cafeína (por favor marque sí o no)			
¿usa cafeína? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> 1 bebida al dia <input type="checkbox"/> 2-3 al dia <input type="checkbox"/> 4+ al dia			

Altura/Peso: Cual es su estatura y peso actual? Estatura _____ Peso _____ Libras

Estilo de vida:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a proporcionarle una solución de tratamiento personalizada basada en sus necesidades visuales y estilo de vida

Arreglos de vida actuales (por favor marque uno)
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con familiares <input type="checkbox"/> Vida asistida <input type="checkbox"/> Asilo <input type="checkbox"/> Otro
Historial de caída
¿ha caído en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿cuántas veces? ____ ¿ha resultado alguna caída en una lesion? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Que tipo? _____
Ocupación
¿Cuál es su ocupación actual?
Si usted trabaja, ¿Cuáles son algunas de sus tareas diarias relacionadas con el trabajo?
Corrección de la visión
Si usted actualmente usa anteojos ¿Para cuales actividades los necesita? <input type="checkbox"/> Visión cercana (Lectura) <input type="checkbox"/> visión intermedia (Computadora) <input type="checkbox"/> visión a distancia (TV)
Si actualmente usa contactos ¿Para cuales actividades los necesita? <input type="checkbox"/> Visión cercana (Lectura) <input type="checkbox"/> Visión intermedia (Computadora) <input type="checkbox"/> Visión a distancia (TV)
Aficiones (por favor, Enumere algunos de sus pasatiempos favoritos)
Personalidad
¿Qué selección describe mejor su personalidad? <input type="checkbox"/> Trato facil <input type="checkbox"/> Entre los dos <input type="checkbox"/> Perfectionista

Nombre de la persona que completa este formulario:(Si no es paciente) _____

Relación con el paciente: ☐ Padre/guardián ☐ Esposo(a) ☐ Recepcionista ☐ Otro _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

CORNEA ASSOCIATES OF TEXAS
AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO

Comprensión de la Información de su Expediente Médico	Este aviso describe las prácticas de Cornea Associates of Texas (en lo
---	--

sucesivo también referido como “Cornea Associates”) y la de sus médicos con respecto a su información médica protegida que sea creada mientras usted es paciente de Cornea Associates. Los médicos y personal de Cornea Associates que tienen acceso autorizado a su expediente médico, están sujetos a este aviso. Además, los médicos de Cornea Associates, pueden compartir información médica entre sí para operaciones de tratamiento, pago o atención médica según descritos en este aviso.

Creamos un registro del cuidado y servicios que recibe en Cornea Associates. Entendemos que la información médica acerca de usted y su salud es personal. Estamos comprometidos su información médica. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención en Cornea Associates. Este aviso le informará sobre las maneras en que podemos usar y revelar información médica acerca de usted. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica.

Derechos de Información de Salud

Aunque su expediente médico es propiedad física de Cornea Associates, la información le pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- * Solicitar una restricción para ciertos usos y divulgaciones de su información para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y en cuanto a las divulgaciones permitidas a personas, incluidos los miembros de la familia involucrados en su cuidado y según lo dispuesto por la ley.

Sin embargo, no estamos obligados por ley a aceptar una restricción solicitada.

- * Obtenga una copia en papel de este aviso de prácticas de información de salud protegida. Investigue y obtenga una copia de su expediente médico según lo dispuesto por la ley.
- * Solicite que se corrija su expediente médico según lo dispuesto por la ley. Nosotros le notificaremos si no podemos concederle su solicitud para enmendar su expediente médico.
- * Obtenga la contabilidad de las divulgaciones de su información médica según lo dispuesto por la ley.
- * Solicite comunicación de su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos. Cumpliremos con las solicitudes razonables.
- * Puede revocar su autorización para usar o divulgar su información de salud, excepto en caso de que se haya tomado alguna acción en relación con su autorización.
- * Podrá ejercer los derechos establecidos en este aviso al proveer una petición por escrito a, a excepción de las solicitudes para obtener una copia en papel, Oficina de Privacidad de Cornea Associates of Texas al 10740 N. Central Expressway, Suite 350; Dallas, Texas 75231

Nuestras Responsabilidades Además de las responsabilidades establecidas anteriormente, también se nos requiere.

- * Mantener la privacidad de su información de salud.
- * Proporcionarle un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de salud con respecto a la información que mantenemos sobre usted.
- * Apegarnos a los términos de este aviso.

- * Notificarle si no podemos estar de acuerdo con una restricción solicitada sobre ciertos usos y divulgaciones.
- * Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer las nuevas provisiones efectivas para toda la información médica protegida que mantenemos, incluyendo información creada o recibida antes del cambio. Si nuestras prácticas de información cambian, no estamos obligados a notificarle, pero tendremos el aviso revisado disponible para que usted pueda solicitar en cualquier ubicación de Cornea Associates. El nuevo aviso también se publicará en nuestras oficinas y en la página web www.corneatexas.com; y
- * no vamos a usar o divulgar su información médica sin su autorización por escrito, excepto como se describe en este aviso

Ejemplos de divulgación para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y según lo permitido por la ley

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que usamos y revelamos información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y trataremos de dar algunos ejemplos. No todos los usos o revelaciones en una categoría serán listados. Sin embargo, todas las maneras en que se nos permite usar y divulgar información deben estar dentro de una de estas categorías.

Utilizaremos su información médica para el tratamiento.

Por Ejemplo: Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, u otro personal que esté involucrado en su cuidado en Cornea Associates. Podemos compartir su información

médica acerca de usted a fin de coordinar los diferentes tratamientos, como el trabajo de laboratorio y recetas y/o radiografías. También podemos ofrecer a su médico o proveedor de atención médica subsiguiente copias de varios reportes para ayudar a tratarlo una vez que sea dado de alta de la atención en Cornea Associates.

Usaremos su información de salud para facilitar algún pago. **Por**

Ejemplo: Se le puede enviar una factura a usted o a un tercero pagador. La información que acompaña la factura puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados.

Utilizaremos su información de salud para operaciones regulares de cuidado de salud.

Por Ejemplo: podemos usar la información en su expediente médico para evaluar el cuidado y los resultados en su caso y otros similares. Esta información se utilizará en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y efectividad de la asistencia médica y los servicios que ofrecemos.

Nosotros utilizaremos su información de salud según sea permitido por la ley. Los siguientes son algunos ejemplos de cómo podemos usar o revelar información médica acerca de usted.

Socio de negocios: Hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización a través de acuerdos con socios comerciales. Ejemplos incluyen servicios de contestador y servicio de fotocopias. Sin embargo, para proteger su información de salud, requerimos a nuestros socios comerciales a salvaguardar su información apropiadamente.

Notificación: Podemos usar o revelar información para notificar o ayudar a

notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación y condición general.

Investigaciones: Podemos divulgar información a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por un comité de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos adecuados para proteger la privacidad de su información de salud.

Directores funerales: Podemos divulgar su información médica a directores de funerarias, de acuerdo con la ley aplicable, para llevar a cabo sus funciones fúnebres.

Organizaciones de obtención de órganos: Consistente con la ley aplicable, podemos divulgar información de salud a organizaciones de adquisición de órganos u otras entidades involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos para fines de donación y trasplante de tejidos.

Comunicaciones para operaciones de tratamiento y salud: Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o para darle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés.

Food and Drug Administration (FDA) Podemos revelar a la FDA información de salud relacionada a eventos adversos con respecto a alimentos, medicamentos, dispositivos, productos y suplementos de productos defectuosos o de la información de vigilancia postcomercialización para permitir el retiro, reparaciones o reemplazos de los productos.

Compensación al trabajador: Podemos divulgar su información de salud hasta el punto autorizado, y en la medida necesaria para cumplir con

las leyes de compensación al trabajador o por la ley.

Salud pública: Como lo requiere la ley, podemos divulgar su información médica a la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Abuso, negligencia o violencia doméstica: Como lo requiere la ley, podemos divulgar información médica a una autoridad gubernamental autorizada por la ley para recibir reportes de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Propósitos judiciales, administrativos y de aplicación de ley: De acuerdo con la ley aplicable, podemos divulgar información médica acerca de usted para fines de aplicación judicial, administrativa y policial.

Requerido o permitido por la ley: Divulgaremos información médica sobre usted cuando sea requerido o permitido por la ley federal, estatal o local.

Para más información o para reportar un problema

Si tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad de Cornea Associates al (214) 692-0146

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con el Oficial de Privacidad de Cornea Associates "o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos. No habrá represalias por presentar una queja.

FECHA DE VIGENCIA: 04/01/03
VERSION 1

Evaluación De Necesidad Médica Para Cirugía De Cataratas

Fecha _____ Nombre _____ Edad ____ Fecha de Nacimiento _____

Cuál es la razón de su examen hoy?

Cuáles son las mejoras específicas que espera obtener con la cirugía de cataratas?

Estado de la Función Visual

OJO

1. Tiene dificultad para leer las señales de tráfico o para manejar? Eje: salidas de autopista, semáforos	Sí No	D I
2. Tiene dificultad para ver la televisión o para ver películas en el cine? Eje: caras, números, letras	Sí No	D I
3. Tiene dificultad para leer letras pequeñas, con buena iluminación y gafas adecuadas? Eje: libros, periódico, etiquetas de medicina,	Sí No	D I
4. Tiene dificultad para realizar trabajo detallado? Eje: coser, tejer, u otro trabajo detallado	Sí No	D I
5. Tiene dificultad para leer correspondencia personal/cartas? Eje: llenar cheques, leer recibos, llenar formularios	Sí No	D I
6. Tiene dificultad para realizar actividades de deporte o hobbies? Eje: jugar baraja, golf, casería, tenis	Sí No	D I
7. Tiene dificultad para funcionar en la casa? Eje: cocinar, planchar, subie	Sí No	D I
8. Tiene dificultad para reconocer rostros de personas? Eje: en la iglesia o la tienda	Sí No	D I
9. Es capaz de cuidar de sí mismo de forma independiente con su actual nivel de visión?	Sí No	D I

Tiene alguno de los siguientes síntomas visuales

1. Visión doble o distorsionada?	Sí	No	D	I
2. Deslumbramiento, halos o anillos alrededor de las luces?	Sí	No	D	I
3. Dificultades con la percepción del color?	Sí	No	D	I
4. Dificultades con la percepción de profundidad?	Sí	No	D	I
5. Empeoramiento de la visión?	Sí	No	D	I

Firma del Paciente

Fecha