

UNA BREVE NOTA SOBRE DILATACION

La pupila es el círculo redondo en el centro del ojo. Normalmente responde al instrumento de luz que use el doctor y se pone muy pequeño. Este reflejo limita cuanto el doctor puede ver en la retina del ojo. Mientras aplicando estas gotas en los ojos, el doctor engrandece o dilata la pupila y esto aumenta la cantidad del tejido de la retina que se podrá examinar. Por tanto, muchas enfermedades no pueden ser examinadas sin este procedimiento. Es muy necesario la dilatación especialmente para determinar la salud de los pacientes quien tienen historial familiar o historial personal de diabetes, **presión alta, o enfermedad de la retina**. Pacientes también que han tenido **destellados y flotadores, visión doble, cambios en la visión, gran cantidad de fuerza para ver de cerca, y dolores de cabeza** también requieren dilatación.

NOTA: Hay dos efectos secundarios que pueden ocurrir cuando los ojos son dilatados. *Por aproximadamente 3 a 4 horas después que las gotas son aplicadas. Sus ojos serán muy sensitivos a la luz del sol.* Nosotros le damos gafas oscuras si es necesario. Las gafas oscuras pueden ser puestas encima de sus gafas personales. Usted también puede experimentar inabilidad en concentración en objetos cercanos como un libro o pantalla de computadora. Estos efectos duran *aproximadamente 2 a 3 horas*. Ciertos pacientes que usan gafas para leer pueden remover sus gafas y podrán ver de cerca sin ellos. Si hay cualquier pregunta con respeto a estos procedimientos, por favor de preguntar al doctor. **DR. BRYAN RECOMIENDA FUERTEMENTE DILATACION A TODOS SUS PACIENTES.**

El precio por la dilatación son \$15*. Por favor de poner sus iniciales a una sola siguiente preferencia:

_____ Si. Yo entiendo y e' leído las explicaciones de estos procedimientos y estoy de acuerdo en hacerlo hoy.

_____ Llamaré a la oficina para hacer estos procedimientos otro día.

_____ No deseo exámenes adicionales, y entiendo los riesgos inherentes de este procedimiento.

***Dilatación es incluido en parte de exámenes de ojos comprensivos a no cargos adicionales a los pacientes cubridos por las siguientes aseguranzas: EyeMed Vision Care y Cole Managed Vision Members.**

PRIVACIDAD DE HIPAA

Recibo de Reconocimiento de Noticia Privada TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA

El motivo más común por el cual usamos o divulgamos la información sobre su salud es para fines de tratamiento, pago o las operaciones de asistencia sanitaria. A continuación se indican algunos ejemplos de como usamos o divulgamos la información para fines de tratamiento: concertar una cita para usted; examinarle la vista; recetarle anteojos, lentes de contacto o medicamentos para la vista y enviar las recetas por fax para su preparación; mostrarle medios auxiliares para casos de poca visión. Como rutina usamos la información sobre su salud dentro de nuestro consultorio para estos fines sin necesidad de un permiso especial. Si por estos motivos debemos divulgar dicha información fuera de nuestro consultorio, (le pediremos)(por lo general no le pediremos) su permiso especial por escrito. Yo entiendo que esta locación puede compartir cualquier información con cualquier de nuestros afiliados para hacer sus deudas administrativas. **Por firmando abajo yo autorizo esta locación no venda mi información personal a cualquier persona o afiliación para su propio usuario.** Yo solo autorizo que esta locación mande mi información a solicitudes de prestaciones.

Firma de Paciente o Representante de Paciente

Fecha

REFUSAL OF ACKNOWLEDGMENT OFFICE USE ONLY

For Location Use ONLY: This section is to be completed by the Location only if unable to obtain the patient or patient's legal representative written acknowledgement of the Notice of Privacy Practices for the following reasons:

_____ (Please initial here) Patient or Patient's legal representative refused to sign.

_____ (Please initial here) Other: (Please specify, e.g., emergency care)

Provider/Associate Name (Print)

Provider/Associate Signature

Date

FORMA HISTORIAL MEDICA

NOMBRE: _____ FECHA DE HOY : ____/____/____ NUMERO de CASA: _____
 DIRECION: _____ FECHA DE NAC. : ____/____/____ NUMERO-CELL: _____
 CIUDAD: _____ ZIP: _____ SEGURO SOCIAL: ____/____/____ NUMERO TRAB.: _____
 EMAIL: _____ EMPLEADOR: _____ OCCUPACION: _____
 GUARDIAN (Si paciente es nino): _____ METODO DE PAGO (circule): CASH CHECK CREDIT CARD
 DOCTOR MEDICO: _____ ULTIMO FISICO: ____/____/____ ULTIMO EXAMEN DE OJO: ____/____/____
 MEDICACIONES – Nombre su medicaciones (incluyendo contraceptivos oral, aspirin, y remedias de casa): _____

Tiene Cualquier Alergia? No Si Si?, esplique: _____

INFORMACION DE SEGURANSA (Porfavor de dar su tarjeta de seguransa a la oficina para hacer una copia)

NOMBRE-SEGURANSA(VISION): _____ NOMBRE DE SEGURO MEDICO: _____
 MEMBER ID# _____ MEMBER ID#: _____
 ASEGURADO: _____ ASEGURADO: _____
 RELACION AL PACIENTE (circule): SELF SPOUSE CHILD OTHER RELACION AL PACIENTE (circule): SELF SPOUSE CHILD OTHER
 FECHA DE NAC. PRIMARIO (si es diferente del paciente) ____/____/____ FECHA DE NAC-(ASEGURADO) (si es diferente del paciente) ____/____/____
 PLAN#: _____ GROUP#: _____ PLAN#: _____ GROUP#: _____

HISTORIAL DE FAMILIA O PASADO

Hay also en su historial familiar que debemos saber para ayudar en su mantencion? (Si hay, esplique porfavor)
 • Historial Pasado (enfermedad, operaciones, lesiones, medicamientos, tratamientos) [] N [] S _____
 • Historial Familiar (Diabetes, glaucoma) [] N [] S _____
 • Historial Social (pasado o corientes actividades): _____
 • Actividades _____
Usa cualquier de estos productos? Tobacco [] Y [] N Alcohol [] Y [] N Droga Recreacional [] Y [] N
 Gotas de ojos [] N [] S (si?, Que clase – circule) Receta En el mostrador Marca _____ Cantidad? _____
Desea receta para contactos? [] S [] N Usado contactos? [] N [] S Si? , circule que clase y usuario:
 [] cristales desechables [] un dia [] 2 semanas [] 1 mes [] Rigidas permeables Marca de contactos _____
 • Si usa contactos desechables, Cuando los tira? _____ Duerme en sus contactos? [] N [] S
 • Que clase de solucion usa para sus contactos? [] Optifree [] Renu [] Complete [] Generic Multipurpose
A tenido alguno de los siguientes (circule a los que aplican):
 Alergias Diabetes Presion Alta Migrana Convulsiones Rheumatoid Arthritis VIH Cancer – list type (s)

RAZON POR VISITA AL DOCTOR? _____

TIENE CUALQUIER DE ESTOS PROBLEMAS CON SUS OJOS?

	S	N		S	N		S	N
CEGUERA	[]	[]	OJOS SECOS	[]	[]	CATARACTAS	[]	[]
PERDIDA DE VISION	[]	[]	OJOS LLOROSOS	[]	[]	GLAUCOMA	[]	[]
VISION DEFORMADA	[]	[]	OJOS ROJOS	[]	[]	SEPARACION RETINAL	[]	[]
VISION BORROSA	[]	[]	DESCARGA MOCOSA	[]	[]	OPERADO DE LOS OJOS	[]	[]
VISION DOBLE	[]	[]	QUEMADA O PICOSA VISION	[]	[]	LESION DE LOS OJOS	[]	[]
CRUZO LOS OJOS	[]	[]	SENSACION ARENOSA EN LOS OJOS	[]	[]	TERAPIA DE VISION	[]	[]
OJO PEREZOSO	[]	[]	DOLOR EN LOS OJOS	[]	[]	DETALLONES	[]	[]
OJOS CANSADOS	[]	[]	SENSITIVIDAD A LA LUZ	[]	[]	FLOTADORES	[]	[]
HALOS	[]	[]	INFECCIONES CORRIENTES DEL OJO	[]	[]	DOLORES DE CABEZA	[]	[]

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO: Yo autorizo **Conrad Bryan, O.D.** que administre diagnosticar y hacer procedimientos medicos necesarios para mi salud.

POLISA EN PAGO DE LA OFICINA: Yo entiendo que yo soy responsable for todos mi pagos. En cortesia, mi seguransa sera cobrada por mi. Es mi responsibilidad en pagar cualquier deductible necesario o culquier pago que la aseguransa falle en pagar. Yo autorizo my beneficiario de la aseguransa que page directo al proveedor.

FIRMA (Paciente sobre 18 anos o Representante) _____ **FECHA** _____

PORFAVOR LEER Y FIRMAR ATRAS DE LA FORMA Doctor's Signature _____