

¡BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA!

Señor Señora Señorita _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Mes / Día / Año Edad Ocupación

Calle, Número de Apartamento, Apartado Postal o Ruta Rural Ciudad Estado Zona Postal

Número de Teléfono Teléfono del Trabajo Teléfono del CELLULAR

INFORMACION DE OJOS *(Por favor marca las condiciones que le apliquen a usted o a su familia).*

	Usted	Familia
Vee borroso de lejos	<input type="checkbox"/>	
Vee borroso de cerca	<input type="checkbox"/>	
Vee borroso a la distancia de computador	<input type="checkbox"/>	
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	
Doble vision	<input type="checkbox"/>	
Ambliopía o Visión reducida	<input type="checkbox"/>	
Daño a los ojos	<input type="checkbox"/>	
Operación de ojos	<input type="checkbox"/>	
Vee la luz	<input type="checkbox"/>	
Manchas enfrente de sus ojos	<input type="checkbox"/>	
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de su ultimo examen de ojos: _____

Tengo: Anteojos Lentes de contacto No necesito anteojos Otra _____

Lentes de Contacto

- Me gustaría lentes de contacto.
 No me gustaría lentes de contacto.

INFORMACION MEDICAL

	Usted	Familia
VIH+ / SIDA	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades de los pulmones	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad del tiroide	<input type="checkbox"/>	
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	
Artritis	<input type="checkbox"/>	
Alergias	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buena salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mujeres, ¿Está embarazada? Sí No

¿Usa usted drogas o tiene problemas con el alcohol? Sí No

¿Fuma usted? Sí No

¿Qué medicinas toma? _____

¿Es alérgico a alguna medicina? _____

¿Cual es su motivo de visita hoy?

- No problemas Necesito anteojos o lentes de contacto Otra _____

Optom Optomap

Muchos problemas oculares pueden desarrollarse sin que usted lo sepa, de hecho, es posible que ni siquiera note ningún cambio en su vista; afortunadamente, enfermedades o daños como la degeneración macular, el glaucoma, las lágrimas o desprendimientos de retina y otros problemas de salud como la diabetes y la presión alta. Se puede ver con un examen completo de la retina.

El Optomap es rápido, fácil y cómodo para cualquier persona. El proceso completo de la imagen consiste en mirar el dispositivo ojo a ojo. Las imágenes de Optomap se muestran inmediatamente en la pantalla de una computadora para que podamos revisarlas con usted. Esta imagen se convierte en parte de su registro médico permanente y nos permite ver más de su retina, medir aspectos de su ojo y ampliar algunos de los detalles más finos. También podemos hacer un seguimiento de los cambios en su ojo a lo largo del tiempo al comparar las imágenes de Optomap de cada año. Además, desempeña un papel más activo en el cuidado de sus ojos al revisar las imágenes con su médico y aprender más sobre cómo proteger mejor su visión.

La tarifa por las imágenes de Optomap revisadas por su médico es de \$ 30.00.

- SÍ, quiero que las imágenes de Optomap sean tomadas y revisadas.

Tenga en cuenta: Todas las tarifas pagadas por servicios profesionales no son reembolsables y se pagan al momento del servicio. El paciente / tutor autoriza que el pago del seguro médico y de la vista se realice a la Dra. Julie Nguyen, PLLC por los servicios prestados. El paciente es financieramente responsable por el copago / deducible o cualquier cargo no pagado por el seguro.

Su Firma

Fecha de Hoy

DR. JULIE T. NGUYEN, PLLC
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
121 Highway 332 West, Lake Jackson, TX 77566
Effective 1-1-2020

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA, INCLUYENDO CÓMO PUEDE ACCECAR ESTA INFORMACIÓN; LA “OFICINA” PERTENESE A “Dr. Julie Nguyen, OD” POR FAVOR DE REVISAR LO CUIDADOSAMENTE.

La oficina tiene una obligación legal de mantener la privacidad de su información médica, de seguir los artículos de esta notificación, y de proveerle las obligaciones de nuestras prácticas. Sin embargo, tenemos el derecho de proporcionar su información como describe esta notificación. La oficina no puede proporcionar su información sin su autorización escrita. La única excepción es lo que describe en esta notificación. Si la ley de su estado dispone restricciones adicionales sobre el uso nosotros tendremos que seguir la ley de su estado.

COMO LA OFICINA PUEDE USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

- **Tratamiento, Cobro, y Operaciones Médicas** – Información obtenida por esta oficina sera usada para proveer y distribuir recetas oftálmicas y servicios relacionados; para cobrarle a su seguro y para analizar los servicios provenientes a usted. Su información estará disponible cuando pregunte por el.
- **Cuando Requerido por la Ley**– Podemos divulgar su información médica a autoridades gubernamentales como: Los Oficiales de la Salud Publica, Actividades de la Salud (para investigaciones y revisiones), Gubernamentales Judiciales y Administrativos, Información de Personas Difuntos, Compensación par el Trabajador, Alimentos y Fármacos Federal (para reportar problemas de calidad de los productos usados, incluyendo medicamento). También podemos divulgar su información médica si ahí una probabilidad que su salud o seguridad este en peligro, en tiempos de Seguridad Nacional, si esta en el Militar o es Veterano y el Departamento que pertenece solicita su información, o si llega ser recluso en una institución de corrección.
- **Comunicación Personal**–Tenemos el derecho de llamarle para recordarle de su cita; mandarle información por correo para recordarle que es tiempo para su examen anual o para otros servicios relacionados a la salud de sus ojos; para retribución de los servicios provenientes.
- **Información de Nuestros Socios de Negocios** –Ahí ciertos servicios que provenimos por contratos con otros socios de negocios. Cuando es necesario, tenemos el derecho de proporcionar su información a ellos para provenir servicios requeridos y para mandarle el pago o mandarle un pago a su seguro. Para su protección, requerimos que nuestros socios mantengan la privacidad de su información médica.
- **Victimas de Abuso, Negligencia, o Violencia Domestica** –Podemos divulgar su información médica a las autoridades sobre las víctimas de casos de abuso, negligencia, o victimas de violencia.

Comunicación con el Negocios Comerciales. Necesitamos una autorización escrita antes de compartir su información con negocios comerciales. Tenemos el derecho de comunicar con usted sobre productos y servicios relacionados con el treatmento de la salud de su ojo y con su seguro.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

- Tiene el derecho de pedirnos que restrinjamos nuestro uso de su información sobre su salud. Nuestra oficina no tiene la obligación de concordar con las restricciones que usted ha solicitado.
- Tiene el derecho de inspeccionar y hacer copia de su información médica, sin embargo, es necesario que la oficina mantenga las copias originales. Su información usualmente incluye recetas e información de pagos. Para inspeccionar o hacer una copia de su información, solicite una carta al lugar que le provenio el servicio.Tenemos el derecho de cobrarle por los gastos de copiando, enviando, Y por otros gastos necesario para otogar sus deseos. Tenemos el derecho de negar sus deseos de inspeccionar y hacer una copia de su información en ciertas circunstancias. Si le niegan su deseo a acceder su información medica, puede pedirnos que revisemos la negada de su información. Tiene el derecho a pedir que enmendemos información incorrecta o incompleta. La oficina no tiene la abligación de enmendar su información. Le daremos la razón porque, si es el caso.
- Tiene el derecho de recibir información de todas las personas oficiales y oficiales gubernamentales que solicitan su información; de tratamientos, cobro y operaciones medicales provenientes después de Abril 14, 2003. Tiene que ser específico de el día que desea obtener información. Sin embargo, no puede exceder seis años. Le notificaremos del costo implicado; tenemos el derecho de negar su deseo.
- Tiene el derecho de comunicar su información médica a otras localizaciones. Por ejemplo, nos puede solicitar que le enviamos su información médica a otro doctor.

CAMBIOS EN NUESTRA PRACTCA DE PRIVICIDAD

La oficina reserve el derecho de cambiar las prácticas de esta oficina y las prácticas de privacidad en cualquier tiempo en el futuro; hacer las nuevas prácticas efectivas en los archivos que mantenemos.

Mi firma abajo significa que a leído y entiendo la Practicas de Privicidad que esta arriba. Yo autorizo lo que esta en esta forma sobre mi información médica.

Paciente/Guardian Firma: _____ Fecha: _____