Formulario de historial médico

Por favor IMPRIMA

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente:_____**Fecha de nacimiento:**_____**# de Teléfono:** _____

SALUD OCULAR

Visión borrosa - Lejos ☐	Secreción ocular ☐	Destellos ☐	Degeneración macular ☐
Visión borrosa - Cerca ☐	Visión doble ☐	Flotadores o manchas ☐	Visión nocturna, deficiente ☐
Visión borrosa - Intermedia ☐	Párpado(s) caído(s) ☐	Glaucoma ☐	Orzuelo, chalazión ☐
Ojos ardientes ☐	Ojos secos ☐	Halos ☐	Parpadeo(s) ☐
Protuberancia, lesión ☐	Infección ocular ☐	Dolores de cabeza ☐	Ojos llorosos ☐
Cataratas ☐	Lesión ocular ☐	Picazón en los ojos ☐	Otro:
Visión de color, deficiente ☐	Dolor ocular ☐	Sensibilidad a la luz / resplandor ☐	
Ojos cruzados, vagos ☐	Desmayos, pérdidas de conciencia ☐	Pérdida de visión ☐	

HISTORIAL MÉDICO

ENFERMEDAD/CONDICIÓN	☒ ***Llenar todo lo que corresponda***	
VIH/SIDA	☐	En caso afirmativo, ¿cuántos años?_____ ¿Cuál fue su último conteo de CD4?_____
Asma	☐	
Cáncer	☐	En caso afirmativo, ¿cuándo?_____ ¿Qué tipo?_____
Diabetes (Tipo: _____)	☐	En caso afirmativo, ¿cuántos años?_____ ¿Con qué frecuencia se controla el nivel de azúcar en sangre?_____ ¿Cuál fue la fecha de su último resultado de HbA1c?_____ Resultado de HbA1c_____
Enfisema (EPOC)	☐	
Enfermedad cardíaca	☐	En caso afirmativo, ¿cuántos años?_____ ¿Qué tipo?_____
Presión arterial alta	☐	
Enfermedad renal	☐	
Migrañas	☐	
Enfermedad tiroidea	☐	En caso afirmativo, ¿cuántos años? _____ ¿Qué tipo?_____
Accidente cerebrovascular	☐	En caso afirmativo, ¿cuándo?_____
Convulsiones	☐	
Otras enfermedades (por favor mencione)	☐	_____ _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO

Tipo: _____	Fecha: _____	Tipo: _____	Fecha: _____
Tipo: _____	Fecha: _____	Tipo: _____	Fecha: _____
Tipo: _____	Fecha: _____	Tipo: _____	Fecha: _____
Tipo: _____	Fecha: _____	Tipo: _____	Fecha: _____

Formulario de historial médico

Por favor IMPRIMA

Fecha de hoy: _____

Farmacia preferida:_____ **Ubicación:**_____ **Teléfono:** _____

MEDICAMENTOS (*Por favor liste TODOS)* ☐**Ver lista adjunta**			
Medicamentos/vitaminas/suplementos	**Dosis (mg, etc.)**	**Frecuencia**	**Razón del medicamento**

ALERGIAS ☐**No hay alergias conocidas a medicamentos**	
Alergia	**Reacción**

HISTORIAL FAMILIAR ☐**No se conoce historial familiar significativo**		
ENFERMEDAD/CONDICIÓN	***Por favor, haga referencia a parientes sanguíneos si está marcado*** ☒	
Ceguera ☐	Asma ☐	Migrañas ☐
Cataratas ☐	Cáncer ☐	Enfermedad tiroidea ☐
Ojo cruzado, vago ☐	Diabetes ☐	Accidente cerebrovascular ☐
Glaucoma ☐	Enfermedad cardíaca ☐	Convulsiones ☐
Degeneración macular ☐	Presión arterial alta ☐	Otros:
Otras enfermedades oculares:	Enfermedad renal ☐	Otros:

HISTORIAL SOCIAL		
Uso de tabaco	☐ No ☐Sí	En caso afirmativo, tipo de tabaco:
Actual: Paquetes/día_____# de años _____		*Pasado:* Fecha de cese_____Paquetes/día_____# de años _____
¿Bebe alcohol?	☐ No ☐Sí	☐ Cerveza ☐Vino ☐Licor # de bebidas/semana_____
¿Usa marijuana?	☐ No ☐Sí	En caso afirmativo, que tan seguido:
Tipo de consumo: ☐ Fumar ☐ Comestible ☐ Tableta ☐ Parche ☐ Vapear ☐ Tópico ☐ Otro:_____		
Abuso de sustancias	☐ No ☐Sí	En caso afirmativo, tipo:_____Qué tan seguido: _____
¿Puede manejar?	☐ No ☐Sí	En caso afirmativo: ☐Sólo de día ☐Día y Noche
Ocupación	☐ Retirado ☐Tiempo completo ☐Tiempo parcial ☐Estudiante ☐Sin empleo ☐Discapacitado	
Estado civil	☐ Casado/a ☐Soltero/a ☐Divorciado/a ☐Viudo/a ☐Separado/a ☐Pareja	
Condiciones de vivienda	☐ Con familia ☐Sólo/a ☐Con cuidador ☐En centro de retiro ☐En asilo de ancianos	
Hospicio	☐ No ☐Sí	

Formulario de historial médico

Por favor IMPRIMA

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente:_____**Fecha de nacimiento:**_____**# de Teléfono:** _____

REVISIÓN DE SISTEMAS		
CONDICIONES	✓ **Marque las que aplican y circule todas las condiciones que le afectan** ☐ **NINGUNA**	
CONSTITUCIONAL:	Fiebre, pérdida de peso, fatiga, pérdida de apetito, escalofríos, pérdida de peso inexplicable, fatiga, pérdida de apetito, sudores nocturnos.	☐
OÍDOS, NARIZ, GARGANTA:	Pérdida de audición, dolor de garganta, secreción nasal, boca seca, claudicación mandibular, dolor de oído.	☐
CARDIOVASCULAR:	Dolor en el pecho, dificultad para respirar, hinchazón de los pies, dificultad para respirar al estar acostado plano, pulso acelerado, latidos irregulares, presión arterial estable.	☐
RESPIRATORIO:	Sibilancias, tos, tos con sangre, resfriados severos o frecuentes, dificultad para respirar.	☐
GASTROINTESTINAL:	Dolor abdominal, náuseas, diarrea, heces con sangre, úlceras estomacales, estreñimiento, dificultad para tragar, úlceras gastrointestinales, ictericia o piel amarilla.	☐
GENITOURINARIO:	Úlceras o llagas genitales, insuficiencia renal, problemas renales, cálculos renales, prostatitis, dolor testicular, secreción urinaria.	☐
MUSCULOESQUELÉTICO:	Dolores musculares, dolor articular, dificultad para acostarse debido a molestias musculoesqueléticas, dolor al dormir o al despertar.	☐
NEUROLÓGICO:	Debilidad, dolores de cabeza, sensibilidad en el cuero cabelludo, mareos, parálisis de extremidades, temblor, accidente cerebrovascular, entumecimiento, hormigueo en el cuerpo, convulsiones o ataques, desmayos	☐
PSIQUIÁTRICO:	Ansiedad, depresión, TDAH, Alzheimer, trastorno bipolar, confusión, demencia.	☐
ENDOCRINO:	Sed excesiva, micción excesiva, intolerancia al calor, pérdida de cabello, piel seca, niveles altos de azúcar en sangre.	☐
HEMATOLOGÍA/ONCOLOGÍA:	Moretones fáciles, sangrado prolongado, cáncer de mama, próstata, pulmón, piel, colon, otros.	☐
ALERGIAS/INMUNOLÓGICO:	Enfermedad autoinmune, alergias estacionales, no especificadas.	☐
OCULAR:	Cataratas, glaucoma, desprendimiento de retina, ceguera, ojo vago, lesión/trauma ocular, problemas corneales, degeneración macular.	☐
CUTÁNEO:	Erupción cutánea, cambio en lunar, erupciones cutáneas, llagas en la piel, cáncer de piel, picazón severa, pérdida de cabello.	☐
MUJERES:	¿Está embarazada? ¿Está amamantando? ☐ ¿Está embarazada? ☐ ¿Está amamantando?	☐

7110 Wyoming Blvd NE, Albuquerque, NM 87109
T- 505.346.0500 F- 505.346.0164

SOUTHWEST eyecare

Aceptación del aviso de prácticas de privacidad

Southwest Eyecare Specialists se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

- ☐ Me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Southwest Eyecare Specialists
- ☐ He RECHAZADO una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Southwest Eyecare Specialists

- ☐ **Autorizo a Southwest Eyecare Specialists para divulgar mi información médica protegida a las siguientes personas u organizaciones con el fin de ayudarme en la coordinación de mi atención y tratamiento:**

Persona(s) a las que puede divulgarse la información, autorizadas para usar o divulgar información	
Nombre de la persona/organización	Número de teléfono
Nombre de la persona/organización	Número de teléfono

Esta autorización seguirá en vigor hasta que sea revocada.

Consiento al uso y la divulgación de mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) por parte de Southwest Eyecare Specialists, P.C. (SWEC) para fines de diagnóstico o tratamiento de cualquier necesidad de servicios de salud según determinación de SWEC, para el cobro de pagos, y para el desempeño de las operaciones de servicios de salud de SWEC. Nuestro personal usará su información médica para enviarle recordatorios de sus citas, ya sea por correo, correo electrónico, correo de voz, mensajes de texto, llamadas telefónicas y por otros medios razonables. La inscripción en el portal de información para pacientes constituye su autorización para el uso apropiado de la información contenida en el portal, de acuerdo con los protocolos de privacidad y seguridad de la PHI. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en el uso o la divulgación de mi PHI, a criterio de SWEC. Tengo derecho a revocar este consentimiento y aceptación. Una copia íntegra de la Política de Privacidad conforme a la HIPAA, que describe los derechos de las personas y las obligaciones de SWEC, está disponible para que yo la examine. SWEC se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad sin previo aviso. Tengo derecho a solicitar una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad vigente. Un ejemplar de muestra de esas políticas está disponible, en inglés y español, en el sitio de internet de HHS en: http://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/modelnotices.html

_____
Nombre del paciente (a máquina o en letra de molde)

_____
Firma del paciente

_____
Fecha

_____
Firma del representante del paciente Relación del representante con el paciente
(Obligatoria si el paciente es un menor de edad o un adulto incapaz de firmar este formulario)

SOUTHWEST EYECARE SPECIALISTS, PC

POLÍTICA FINANCIERA

Versión revisada en enero de 2025

- TARJETAS DE SEGURO: Es indispensable que se presenten las tarjetas de seguro vigentes y con la información correcta en cada consulta.

- AUTORIZACIONES: Algunos planes de seguro requieren una autorización previa o una remisión para los servicios que prestan los especialistas. Si su plan de seguro lo requiere, debe obtener esta autorización antes de su consulta.

- PAGO: El pago debe realizarse al momento de recibir los servicios. Si presenta una reclamación a su seguro, deberá realizar el pago de cualquier copago, coaseguro y deducible al momento de recibir el servicio. Si no puede pagar estos montos al momento de recibir el servicio, es posible que su cita se reprograme o su cuenta esté sujeta a un cargo por facturación de $20. Los saldos pendientes de pago después de 3 estados de cuenta también estarán sujetos a un cargo por facturación.

- SERVICIOS NO CUBIERTOS/CARGOS RECHAZADOS: Es posible que algunos servicios no estén cubiertos o su aseguradora los rechace debido a que considera que son experimentales, de investigación o no necesarios desde el punto de vista médico. Si su médico considera que estos servicios son necesarios y se realizan, usted deberá pagar estos servicios en su totalidad en caso de que su aseguradora rechace el pago. Nota: Los exámenes de refracción NO ESTÁN CUBIERTOS (consulte la sección EXÁMENES DE REFRACCIÓN que se encuentra más adelante).

- PLANES MÉDICOS CON COBERTURA DE VISIÓN: Le informamos que algunos planes médicos incluyen cobertura de visión de rutina. Sin embargo, en ocasiones esta cobertura de visión es con una aseguradora diferente. *Southwest Eyecare puede participar en su plan médico, pero no en su plan de visión.* Comuníquese con su aseguradora para verificar sus beneficios y si Southwest Eyecare es un proveedor de su plan médico. Presente todas las tarjetas de seguro al momento de realizar el registro e informe si su consulta es para atención de la visión de rutina o si debe facturarse a su seguro médico.

- PROGRAMAS MEDICAID/CENTENNIAL: Southwest Eyecare participa en estos programas exclusivamente a través de remisión médica y únicamente para condiciones médicas. Southwest Eyecare no participa en la parte de rutina de estos planes. Los pacientes de Medicaid deben consultar a optometristas dentro de la red con respecto a los servicios de visión de rutina debido a que no podemos proporcionar recetas de lentes.

- CHEQUES RECHAZADOS Y PAGOS VENCIDOS: Los cheques rechazados estarán sujetos a cargos por cobranza, penalizaciones e intereses. Todas las cuentas se consideran vencidas si no se pagan en un plazo de 60 días posteriores al servicio. Es posible que las cuentas vencidas se transfieran a una agencia de cobranza y estén sujetas a penalizaciones e intereses, o a la negativa de futuras citas hasta que se liquiden los saldos pendientes. Southwest Eyecare no acepta cheques posfechados.

- GASTOS POR CIRUGÍA: Southwest Eyecare hará todo lo posible por determinar sus beneficios de seguro antes de realizar cualquier cirugía programada. Southwest Eyecare le notificará el monto aproximado que deberá pagar antes de la fecha de la cirugía. Tome en cuenta que este monto es solo una estimación. Es posible que se generen otros gastos, además de los honorarios del cirujano, de la instalación quirúrgica, el anestesiólogo, el laboratorio o el radiólogo.

- POLÍTICA DE CANCELACIÓN: Se realizará un **cargo de $30 por NO ASISTENCIA** en todas las citas que no se cancelen con 24 horas de anticipación. El cargo de $30 deberá pagarse antes de reprogramar su cita.

- PLANES DE VISIÓN: **Southwest Eyecare no participa en ningún plan de visión. Tampoco ajustamos ni recetamos** lentes de contacto. Si su consulta es para un examen de la vista de rutina (sin preocupaciones médicas o quejas principales), usted deberá realizar el pago total al momento de recibir el servicio. Los exámenes de la vista de rutina NO se facturan al seguro y el **costo de $150 más impuestos** debe pagarse al momento de la salida.

- EXÁMENES DE REFRACCIÓN: El examen de refracción es el proceso para determinar si se necesitan lentes correctivos. Es una parte esencial de un examen ocular y necesario para realizar una receta de lentes. Realizaremos el cargo por el examen de refracción a su seguro médico, no tenemos contrato con ningún plan de visión. En caso de que su seguro médico no cubra el cargo por el examen de refracción, se realizará un cargo de $60 que debe pagar el paciente.

Continúa al reverso
Iniciales del paciente _____

POLÍTICA FINANCIERA

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CESIÓN DE BENEFICIOS

He leído y entiendo esta Política financiera. Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Southwest Eyecare Specialists, PC, y me comprometo a colaborar en el trámite de las reclamaciones de beneficios. Autorizo que la persona que tenga mi información médica la divulgue a mi aseguradora o sus agentes según sea necesario para determinar estos beneficios o los beneficios que deben pagarse por servicios relacionados.

AUTORIZACIÓN PERMANENTE DE MEDICARE (solo para pacientes de Medicare)

Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare. Los beneficios de Medicaid/MediGap deben pagarse en mi nombre a Southwest Eyecare Specialists, PC, por cualquier servicio que me preste dicho proveedor de atención médica. Autorizo que la persona que tenga mi información médica divulgue a la Administración del Seguro Social, los CMS o sus agentes la información necesaria para determinar estos beneficios que deben pagarse por servicios relacionados.

Si no puede cumplir con esta política, comuníquese con el Representante de Cuentas de Pacientes en nuestra oficina de facturación para acordar un plan de pago que sea conveniente para ambas partes. Reconozco, entiendo y acepto la Política financiera de Southwest Eyecare Specialists, PC, según lo indica mi firma a continuación.

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Padre/representante/autoridad: _____ **Fecha:** _____

AVISO: A partir del 1 de enero de 2011, Southwest Eyecare Specialists procesará todos los cheques mediante depósito electrónico. El sistema utiliza la información de su cheque para realizar la transferencia electrónica de fondos. Los fondos pueden retirarse de su cuenta el mismo día que realice su pago y no recibirá el cheque cancelado de su banco. Si prefiere que su cheque no se procese de esta manera, realice su pago con tarjeta de crédito. Gracias.

Admisión de la política de refracción

Una evaluación diagnóstica de refracción es el proceso de determinar su mejor visión corregida y determinar si necesita anteojos correctivos. Es una parte esencial del examen ocular y es necesaria para recetar lentes correctivos, como anteojos. Los servicios de refracción proporcionan la siguiente información:

Diagnóstico: los médicos utilizan la refracción para determinar la mejor agudeza visual y función del ojo posibles, así como para diagnosticar afecciones médicas subyacentes que afectan a los ojos. También utilizan los resultados de la refracción para comparar los cambios en la visión entre citas.

Cuando se lleva a cabo una refracción en Southwest Eyecare como parte de un examen médico de diagnóstico, una evaluación de cataratas o una evaluación quirúrgica, no se cobra a los pacientes por esta prueba.

Recetas: Las pruebas de refracción pueden generar una receta para lentes correctores, como anteojos. También pueden determinar si los pacientes pueden beneficiarse de unos anteojos nuevos o si han experimentado un cambio en su visión.

Si se solicita la refracción para una nueva receta de anteojos, la tarifa de Southwest Eyecare es de 60 dólares. La evaluación de la receta de refracción NO es un servicio cubierto por Medicare y la mayoría de los demás planes de seguro médico. Estos planes consideran la refracción como un servicio "oftalmológico", no como un servicio "médico". Presentaremos el cargo por la refracción a su seguro médico. No tenemos contrato con ningún plan de la vista. En caso de que esté cubierto por el seguro médico, los copagos, el coseguro y los deducibles son responsabilidad del paciente y se facturarán como tales. Si su seguro médico no cubre el cargo de la refracción, se aplicará una tarifa de 60 dólares a cargo del paciente.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido la política de refracción.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Padre/madre/representante/tutor: _____ Fecha: _____

Política de cancelación y ausencia

Nos esforzamos por satisfacer y superar las expectativas de todos nuestros pacientes y nos dedicamos a proporcionar una atención médica excelente a usted y al resto de nuestros pacientes. Para satisfacer sus necesidades, estamos implementando una política de cancelación y ausencia. Esta política nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes.

Entendemos que pueden surgir situaciones en las que tenga que cancelar su cita. Para ayudarnos a proporcionar una atención constante, le rogamos que nos avise con al menos **48 horas de antelación** cuando tenga que cancelar o cambiar la fecha de su cita.

Cuando usted saca una cita, se le reserva un tiempo específico en la agenda del médico. Si no se avisa con suficiente antelación para cancelar o reprogramar su cita, no nos da tiempo suficiente para contactar con otro paciente que pueda acudir a la clínica durante el tiempo que se le ha asignado. Esto hace que los pacientes no reciban la atención que necesitan cuando la necesitan.

Entendemos que, en ocasiones, circunstancias imprevistas pueden requerir el cambio de una cita. Estas situaciones se considerarán caso por caso. Sin embargo, las citas perdidas, reprogramadas y/o canceladas en exceso se tratarán de la siguiente manera:

- **Se le dará un aviso verbal al paciente después de dos (2) incidentes negativos.**
- **En el plazo de un año tras tres (3) incidencias negativas consecutivas, la consulta podrá, a su discreción, interrumpir su atención.**
- **Las incidencias negativas incluyen:**
    - Una «ausencia» es no acudir a una cita programada.
    - Una «cancelación tardía» es cancelar una cita sin llamarnos para cancelarla dentro de las 48 horas hábiles de la consulta. (Las citas de la consulta del lunes requieren un aviso el jueves durante el horario laboral para cancelarlas. Fuera del horario laboral del viernes o durante el fin de semana se considerará una cancelación tardía para una cita del lunes).
    - *Nota: Si la consulta del proveedor reprograma su cita, no se aplicará ninguna incidencia negativa al paciente.*

Nuestra consulta cree que una buena relación entre el médico y el paciente se basa en la comprensión y la comunicación respetuosa. Su salud y bienestar son importantes para nosotros.

Firme para confirmar que ha leído y comprendido esta Política de cancelación y ausencia.

_____ _____

Reconocimiento del paciente Fecha de la firma