EYENAMICS NY

ROBERT ROTHSTEIN, M.D.
Ophthalmologist

KIM STAIMAN ROTHSTEIN, O.D.
Optometrist

110-45 Queens Blvd, Suite AA, Forest Hills, New York 11375
Phone (718) 261-2727 • Fax (718) 261-5302

DATOS DEMOGRÁFICOS DE PACIENTES

Apellido: _____Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____ / _____ / _____ Seguro Social: _____

Género: (marque el que corresponda) **Hombre _____ Mujer _____**

Dirección: _____

Apto#: _____Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono De Casa: (_____) _____ - _____ Teléfono De Celular: (_____) _____ - _____

Correo Electrónico: _____

Estado Civil (marque el que corresponda)**:**

Soltero(a): _____Casado(a): _____ Divorciado(a): _____ Separado(a): _____Otro: _____

Empleador del paciente: _____

Ocupación: _____ Teléfono: _____

¿Cómo supo de nuestra oficina? _____

¿Usted fue referido por un doctor? (nombre) _____

Dirección del doctor: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

¿Cuál es el motivo de su visita?_____

Plan de seguro médico: _____

EYENAMICS NY

ROBERT ROTHSTEIN, M.D.
Ophthalmologist

KIM STAIMAN ROTHSTEIN, O.D.
Optometrist

110-45 Queens Blvd, Suite AA, Forest Hills, New York 11375
Phone (718) 261-2727 • Fax (718) 261-5302

Información de farmacia

Nombre y dirección de la farmacia: _____

Número de teléfono (farmacia) (_____) _____ - _____

Información de médico primario:

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección de la oficina: _____

Número de teléfono (médico primario): (_____) _____ - _____

EN CASO DE EMERGENCIA:

¿Con quién podemos contactarnos en caso de una emergencia?

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono (contacto de emergencia): (_____) _____ - _____

DIVULGACIÓN DE PACIENTE

La información suministrada es verdadera y de mi conocimiento. Yo doy mi consentimiento para la examinación y tratamiento por parte del personal de **EYENAMICS NY.** Autorizo que mis beneficios del seguro sean pagados directamente al médico. Comprendo que, por los servicios realizados durante mi visita, soy financieramente responsable por la cuenta y cualquier otro balance ya sea que lo pague mi seguro o no. Soy responsable por los referidos necesarios y copagos durante el tiempo de mi visita. Autorizo a **EYENAMICS NY** a obtener la información requerida para procesar mis reclamos a mi seguro o sus intermediarios, a la Administración de Financiación de la Atención de la Salud y al agente de Reclamos de Medicare.

EYENAMICS NY

ROBERT ROTHSTEIN, M.D.
Ophthalmologist

KIM STAIMAN ROTHSTEIN, O.D.
Optometrist

110-45 Queens Blvd, Suite AA, Forest Hills, New York 11375
Phone (718) 261-2727 • Fax (718) 261-5302

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL

CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.

Nombre del paciente: _____

Al brindarle servicio, creamos y almacenamos información de salud que la identifica a usted como el paciente. Nosotros entendemos que la información de usted y de su salud es personal, y estamos comprometidos a proteger la privacidad de esta información. Tenemos que obtener su consentimiento antes de examinarlo, obtener pago por el servicio que le brindamos, y llevar a cabo las operaciones de atención médica del centro. Por favor lea cuidadosamente la información proporcionada a continuación antes de firmar este formulario.

Consentimiento: Al firmar este formulario, usted consiente a **EYENAMICS NY** y al personal para que pueda utilizar su información de salud protegida, pago y operación comercial normal dentro la clínica. También permite que la clínica y el personal puedan compartir su información con otras personas o organizaciones fuera de la clínica que realizan actividades de pago y operaciones comerciales adjunto con la clínica.

Aviso de privacidad: Tenemos un comprensivo Aviso de Privacidad que describe estos usos y divulgaciones en detalle y le sugerimos que lo lea. Queremos que sepa que el Aviso de Privacidad puede cambiar. Si es que cambia, puede obtener una copia del aviso revisado llamando a la oficina al (718) 261-2727 o solicitando una copia en su próxima visita.

Restricción de uso y divulgación: Usted tiene derecho a pedirnos se restrinja los usos y divulgaciones de su información de salud protegida. **EYENAMICS NY** no está obligado a aceptar esta restricción, pero si acepta la clínica se verá en la obligación de al menos dar la información necesaria para un tratamiento de emergencia o lo que la ley disponga.

Revocación del consentimiento: Tiene el derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento excepto en el caso que la clínica ya haya tomado medidas en base a su consentimiento. Por ejemplo: si decide revocar el consentimiento después de que la clínica le proporcionó un tratamiento, se permitirá a la clínica que realice su información de salud protegida para cobrar por el tratamiento. Para revocar este consentimiento por favor escriba una carta a **EYENAMICS NY**.

Al firmar este consentimiento, yo autorizo a **EYENAMICS NY** y sus proveedores a usar y revelar mi información de salud personal, y si es necesario, por el propósito de obtener tratamiento médico, facilitar el pago por un tratamiento y operaciones comerciales.

X_____ _____

Firma del Paciente o persona autorizada **Fecha**

EYENAMICS NY

ROBERT ROTHSTEIN, M.D.
Ophthalmologist

KIM STAIMAN ROTHSTEIN, O.D.
Optometrist

110-45 Queens Blvd, Suite AA, Forest Hills, New York 11375
Phone (718) 261-2727 • Fax (718) 261-5302

POLÍTICA DE CANCELACIONES DE ÚLTIMO MINUTO

1. Política De Cancelación para Citas Rutinaria

Entendemos que en ocasiones usted falte a su cita por razones de emergencia, obligaciones de trabajo o motivos familiares. Sin embargo, si usted no cancela su cita con antelación, puede que le este quitando la oportunidad a otro paciente de obtener una cita médica.

En el caso que su cita no sea cancelada con **24 horas** de antelación, se le cobrará una tarifa de **cuarenta dólares ($40.00)**; la misma no está cubierto por su seguro, sería cobrado aparte, y se le enviara un estado de cuenta para realizar el pago.

2. Política De Cancelación para Procedimientos de Cirugía

Debido al tiempo invertido para la preparación de cirugía y la cantidad de trabajo dedicado a programar la misma, la cancelación de última hora puede causar problemas y gastos adicionales para la oficina.

En el caso que la cirugía no sea cancelada con al menos 2 **semana antelación**, sin motivo justificado se le cobrará una tarifa de **ciento cincuenta dólares de tarifa ($150.00)**; la misma no está cubierto por su seguro, sería cobrado aparte, y se le enviara un estado de cuenta para realizar el pago.

Al firmar este formulario, usted reconoce que está de acuerdo con las políticas y reglamentos de la oficina.

X_____ _____

Firma del Paciente o persona autorizada **Fecha**

EYENAMICS NY

ROBERT ROTHSTEIN, M.D.
Ophthalmologist

KIM STAIMAN ROTHSTEIN, O.D.
Optometrist

110-45 Queens Blvd, Suite AA, Forest Hills, New York 11375
Phone (718) 261-2727 • Fax (718) 261-5302

CUOTA DE REFRACCIÓN

Estimados Pacientes,

Por favor tenga en cuenta que las refracciones (prescripciones/medidas para lentes) generalmente no están cubiertas por las compañías de seguros, ya que en nuestra oficina **NO ACEPTAMOS PLANES DE VISIÓN.** Hay dos tipos de refracciones, refracción general y refracción del prisma. La refracción general es la determinación de la prescripción o medidas de lentes. El costo de una **REFRACCIÓN GENERAL** es de $85.00. Una refracción del prisma es un tipo especial de refracción que se realiza cuando un paciente padece visión doble. El precio de una **REFRACCIÓN DEL PRISMA** oscila entre $150 y $250 dependiendo de la complejidad. La mayoría de las compañías de seguros **NO** cubren estos servicios. Las refracciones deben ser pagadas el mismo día del servicio. Al firmar este consentimiento, usted reconoce que, **SI** opta por tener una refracción, acepta pagar la tarifa completa en la fecha en que se realiza el servicio.

Gracias por su comprensión.

IMPRIME SU NOMBRE: _____

FIRME SU NOMBRE: _____

FECHA DE HOY: _____

OCA Official Form No.: 960

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA

[Este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del estado de Nueva York]

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección del paciente		

Yo o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica con relación a mi atención se divulgue como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del estado de Nueva York y el Reglamento de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con las notas de **TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL** y **DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL,** excepto las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada en el punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y coloco mis iniciales en la línea en la casilla del punto 9(a), yo autorizo específicamente la divulgación de esa información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.
2. Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento de alcohol o drogas o información de tratamiento de salud mental, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o intercambio de información relacionada con el VIH, me puedo comunicar con la División de Recursos Humanos del estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.
3. Yo tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al solicitarlo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización excepto en la medida que se haya tomado alguna acción en base a esta autorización.
4. Yo entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se condicionará en base a mi autorización de esta divulgación.
5. La información divulgada bajo esta autorización la podría volver a divulgar el receptor (excepto como se indica arriba en el punto 2), y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.
6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE EL ABOGADO O LA AGENCIA DE GOBIERNO QUE SE ESPECIFICA EN EL PUNTO 9(b).**

7. Nombre y dirección del proveedor médico o entidad para divulgar esta información:

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a quien se debe enviar estar información:
Dr. Robert Rothstein, 110-45 Queens Blvd, Ste AA, Forest Hills, NY , 11375. PH# 718-261-2727 FAX# 718-261-5302

9(a). Información específica a divulgar:

- ❑ Registro médico de (insertar fecha)_____a (insertar fecha) _____
- ❑ El registro medico completo, incluyendo historias clínicas del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de análisis, estudios de radiología, radiografías, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica.
- ❑ Otro: _____

_____

Incluye: (*Indicar con iniciales)*

_____**Tratamiento de alcohol/drogas**

_____**Información de salud mental**

_____**Información relacionada con el VIH**

Autorización para discutir información médica

(b) ❑ Coloque aquí sus iniciales_____Yo autorizo _____
Iniciales — Nombre del proveedor individual de atención médica

para discutir mi información médica con mi abogado o con la agencia de gobierno que se indica aquí:

_____
(Nombre del abogado/firma o nombre de la agencia de gobierno)

10. Razón para divulgar la información: ❑ A solicitud de una persona individual ❑ Otro:	11. Fecha o evento en que rescindirá esta autorización:
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se completaron todos los puntos en este formulario y se respondieron mis preguntas sobre el mismo. Además, me proporcionaron una copia del formulario.

_____ Fecha: _____
Firma del paciente o representante autorizado por la ley.

*** El virus de inmunodeficiencia humana causa el SIDA. La Ley de salud pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene la infección o los síntomas del VIH y la información relacionada con los contactos de una persona.**

CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ /_____/_____
Doctor Referente: _____ Médico Primario: _____
Nombre de la Farmacia y Localización: _____

ALERGIAS	REACCIONES	GRAVEDAD
_____	_____	Leve / Moderado / Severa
_____	_____	Leve / Moderado / Severa
_____	_____	Leve / Moderado / Severa

HISTORIAL OCULAR (Solo seleccionar lo que aplica) ▢ **NO APLICABLE**

▢ Ambliopía
▢ Astigmatismo
▢ Cataratas
▢ Trastorno Corneal
▢ Retinopatía Diabética
▢ Síndrome del Ojo Seco
▢ Glaucoma
▢Hipermetropía
▢ Iritis/Uveítis
▢ Degeneración Macular
▢ Miopía
▢ Desprendimiento de Retina
▢ Otro: _____

CIRUGÍA OCULAR (Solo seleccionar lo que aplica) ▢ **NO APLICABLE**

▢ Blefaroplastia (levantado de párpado)
▢ Cirugía de Cataratas
▢ LASIK
▢ Tapones Puntales
▢ Cirugía de Glaucoma
▢ Laser de Retina
▢ Vitrectomía
▢ Trabeculectomia
▢ Cirugía Refractiva
▢Estrabismo (cirugía del músculo ocular)
▢ Trasplante de Córnea
▢ YAG Capsulotomía Láser
▢ Otro: _____

Medicamentos Actuales para los Ojos (gotas O pastillas):

_____ _____ _____
_____ _____ _____
_____ _____ _____

OTROS HISTORIALES MÉDICOS: ▢ **NO APLICABLE**

▢ Anemia
▢ Herpes
▢ Arritmia
▢ Asma
▢ Migraña
▢ Cáncer
▢ Colesterol Alto
▢ VIH/Sida
▢ Polimialgia
▢ Insuficiencia Cardiaca Congénita
▢ Enfermedad del Hígado
▢ Artritis Reumatoide
▢ Diabetes (Tipo 1 o Tipo 2)
▢ Presión arterial alta
▢ Enfermedad de tiroides
▢ Enfermedad pulmonar obstructiva
▢ Esclerosis Múltiple
▢ Pérdida Auditiva
▢ Hepatitis
▢ Lupus
▢ Derrame Cerebral
▢ Fibromialgia
▢ Ataque al corazón
▢ Artritis
▢ Dolor de cabeza
▢ Nefropatía
▢ Desorden Psiquiátrico
▢Otro: _____

¿Alguna cirugías o procedimiento médico general? ▢ **NO APLICABLE**

_____ _____ _____

Medicamentos Sistémicos (por favor indicar todas medicaciones)

_____ _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

HISTORIAL FAMILIAR (por favor indicar la relación) ▢ **NO APLICABLE** ▢ **DESCONOCIDO**

▢ Ceguera ▢ Glaucoma ▢ Degeneración Macular ▢ Cáncer
▢ Cardiopatía ▢ Enfermedad de Retina ▢ Presión arterial alta ▢ Cataratas
▢ Derrame Cerebral ▢ Diabetes ▢ Ambliopía ▢ Otro: _____

HISTORIAL SOCIAL (solo seleccionar lo que aplica)

Fumar: ▢ Diario ▢ Algunas veces ▢ Exfumador ▢ Nunca fumó
Consume de Alcohol: ▢ Si ▢ No
Si selecciona sí: ¿qué droga y desde hace cuánto tiempo? _____
Utiliza drogas: ▢ Si ▢ No
Si selecciona sí: ¿qué droga y desde hace cuánto tiempo? _____

REVISION DE SISTEMAS (por favor indicar SÓLO lo que aplica)

Ojos:
▢ Cirugía Previa
▢ Lentes de Contacto
▢ Dolor
▢ Visión Doble
▢ Glaucoma
▢ Cataratas
▢ Destellos Flotantes
▢ Destellos de luz/luces brillantes
▢ Ojos resecos
▢ Degeneración Macula

Músculos/Huesos
▢ Rigidez
▢ Artritis
▢ Dolor/hinchazón de las articulaciones

Constitucional:
▢ Fatiga/Debilidad
▢ Fiebre
▢ Aumento/Pérdida de peso

Respiratorio:
▢ Tos
▢ Congestión
▢ Sibilancia/Jadear
▢ Asma

Psiquiátrico:
▢ Ansiedad
▢Depresión
▢ Cambios de Humor
▢ Dificultad para dormir

Endocrino:
▢ Cambios de uñas
▢ Aumento de sed
▢ Aumento de hambre
▢ Aumento de sudoración
▢ Aumento de Orina

Genitourinario:
▢ Dolor/Dificultad
▢ Sangre en la orina
▢ Historia de Cálculos Renales

Sangre/Ganglios Linfáticos:
▢ Moretones (con facilidad)
▢ Sangramiento de encías (con facilidad)
▢ Sangrado prolongado
▢ Uso significado de aspirina

Piel:
▢ Sarpullido/Llagas
▢ Lesiones
▢ Urticaria/Eczema
▢ Temblores

Cardiovascular:
▢ Dolor en el pecho
▢ Mareos
▢ Desmayos
▢ Dificultad para respirar
▢ Latidos irregulares del corazón

Gastrointestinal:
▢ Acidez
▢ Náusea/Vómito
▢ Ictericia/Hepatitis

Oído, Nariz Y Garganta:
▢ Problemas auditivos
▢ Sonidos en los oídos
▢ Vértigo

Neurológico:
▢ Convulsiones
▢ Debilidad/Parálisis
▢ Entumecimiento

Inmunológico:
▢ Urticaria
▢ Picazón
▢ Moquera
▢ Sinusitis

X_____ _____

Firma del Paciente o persona autorizada **Fecha**