



Nombre: _____
#Número de Cuenta: _____

Información Del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial de SN: _____ Sufijo: _____
#Teléfono De Casa: _(____)_____ Trabajo: _(____)_____ Celular: _(____)_____
Contacto Preferido #: Casa Trabajo Celular Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado
SS: _____ - _____ - _____ FDN: _____/_____/_____ Sexo: M F
Idioma Preferido: Inglés Español Otro _____
Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal: _____
Dirección de facturación: _____
Dirección de Correo Electrónico: _____ Empleador / Ocupación: _____
¿Es Residente de Tiempo Completo? Sí No Si No, ¿Cuál Otra Dirección?: _____
Médico de Atención Primaria: _____ Dirección: _____

¿A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestro consultorio médico?

Oculista: _____ Otro Doctor: _____
 Familia / Amigo Seguro Empleador Sitio Web TV Revista Periódico Internet Cartelera
 Páginas Amarillas MFE Autobús Seminario / Feria de Salud Otro _____

GARANTE O PARTE RESPONSIBLE:

Yo (Paciente) Otro (Si el Paciente es Menor de Edad)

Si Otro, Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial de SN: _____ Sufijo: _____
#Teléfono De Casa: _(____)_____ Trabajo: _(____)_____ Celular: _(____)_____
FDN: _____/_____/_____ Relación con el Paciente: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Además del número de teléfono mencionado anteriormente)

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____
#Teléfono De Casa: _(____)_____ Trabajo: _(____)_____ Celular: _(____)_____

SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Empresa: _____ ID#: _____ Grupo #: _____
Nombre del Asegurado: _____ FDN: _____/_____/_____ Relación con el Paciente: _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

Empresa: _____ ID#: _____ Grupo #: _____
Nombre del Asegurado: _____ FDN: _____/_____/_____ Relación con el Paciente: _____

SEGURO DE VISIÓN ** Plan Oftalmológico (Tenga en cuenta que, en este momento, MFEC solo acepta el Plan Vision Care/EyeMed para la atención rutinaria de la vista) **

ID#: _____ Grupo#: _____ Nombre del Titular de la Póliza: _____
FDN: _____/_____/_____ Relación con el Paciente: _____

X _____ **X** _____
Firma del Paciente Fecha Firma del Padre o Guardián Fecha

AUTORIZACIÓN DE HIPAA Y USO Y DIVULGACIÓN DE COMUNICACIONES



Tuve la oportunidad de revisar las prácticas de privacidad de MFEC.

Con el fin de proteger la privacidad de nuestros pacientes, MFEC Group no discutirá ni divulgará ninguna información sobre nuestros pacientes sin su autorización por escrito. Si desea autorizar a MFEC Group a discutir su cuenta o información médica con alguien que no sea usted, indique el permiso a continuación.

Opción 1:

(Iniciales) _____ No autorizo que mi información médica personal o el historial de mi cuenta se compartan con nadie en este momento. Si deseo agregar a alguien a mi cuenta, entiendo que debo hacerlo por escrito.

Opción 2:

Autorizo a MFEC Group a discutir mi historial médico personal y de mi cuenta con las siguientes personas:

1. _____
Nombre

Relación

2. _____
Nombre

Relación

X _____
Firma del Paciente Fecha

X _____
Firma del Padre o Guardián Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE POR VIDA PARA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y

DISTRIBUCIÓN DE INFORMACIÓN: Doy mi consentimiento para que MFEC brinde el tratamiento que consideren necesario para el paciente mencionado anteriormente. Entiendo que soy responsable de los cargos incurridos por los servicios. Entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos por la póliza de seguro o Medicare, y si fuera necesario cobrar estos cargos a través de un abogado u otro proceso de cobranza, seré responsable de todos los costos judiciales, intereses y honorarios de abogados. Por la presente solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare y / o cualquier otro, incluidos los beneficios complementarios y del seguro de Medigap, para que se paguen directamente a MFEC por cualquier servicio que me brinde MFEC. Autorizo a MFEC y al personal a liberar a mi compañía de seguros y a sus agentes cualquier información relacionada con el asesoramiento, el tratamiento o los suministros de atención médica que me proporcionaron, necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Entiendo que esta es una autorización de por vida.

POLÍZA FINANCIERA

OBLIGACIÓN DEL PLAN DE SEGURO DE SALUD PARTICIPANTE - MFEC mantiene una lista de planes de atención médica con los que se ha contratado para brindar servicios a los pacientes. Hemos acordado facturar a esas compañías de seguros por todos los servicios prestados. La autorización de su compañía de seguros no siempre garantiza el pago total. El firmante de este documento y / o el paciente seguirán siendo responsables de todos los cargos, copagos aplicables y deducibles.

SEGURO SUPLEMENTARIO Y NO PARTICIPANTE - Todas las tarifas son pagaderas al momento del servicio. Se proporciona un recibo que detalla el pago de la visita. Una copia de los servicios y el pago está disponible a petición para enviar a su compañía de seguros para que usted reciba el pago.

AUTORIZACIONES & REFERENCIAS - Usted es el único responsable de obtener cualquier autorización necesaria antes de que se presten los servicios. Si estamos dentro de la red de su plan de salud, solicitaremos una autorización previa en su nombre. Le recomendamos que verifique que se haya aprobado una Autorización Previa ANTES de recibir los servicios que requieren tenerla. Si no se recibe la Autorización Previa, es posible que el servicio no esté cubierto y usted sea responsable del costo total.

EXENCIÓN DE SEGURO CON RESPECTO A LOS SERVICIOS NO CUBIERTOS - Medicare, (según la sección 1862 (a) (1) de la ley de Medicare), y algunos planes de seguro de salud solo pagarán por los servicios que determinen que son "razonables y necesarios". Si determinan que un servicio en particular no es "razonable y necesario" según los estándares de su programa, o que los servicios no están autorizados, o no son un beneficio cubierto por su plan, Medicare y otros planes de seguro rechazarán el pago de esos servicios. El pago a veces se niega para los siguientes servicios:

- | | | |
|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| • Refracción | • Cirugía Cosmética | • Pruebas de Diagnóstico |
| • Estuche Postoperatorio | • Audífonos para Sordos | • Referencias Fuera de la Red |
| • L.I.O. Premium | • Pruebas de Laboratorio | • Condiciones Pre-existentes |
| • Medicamentos Con Receta | • Copias de Registros Médicos | |

PACIENTES MENORES - Un adulto que acompaña a un menor y / o el padre o tutor del menor es responsable del pago total. No somos parte de ningún otro decreto de divorcio u otras sentencias legales que desembolsemos responsabilidad por los pagos médicos.

TASAS USUALES Y HABITUALES - Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y nuestros cargos son usuales y habituales en nuestra área.

X _____ X _____
Firma del Paciente Fecha Firma del Padre o Guardián Fecha

NOTIFICACIÓN DE SERVICIOS NO CUBIERTOS



PÓLIZA DE REFRACCIÓN

¿QUÉ ES UNA REFRACCIÓN? La refracción es una medida importante que determina la mejor potencial de visión para sus ojos.

¿POR QUÉ ES NECESARIO?

Es necesario realizar una refracción para determinar si las enfermedades oculares o los errores refractivos son responsables de su agudeza visual actual. Se realiza una refracción en la visita de un paciente nuevo, una visita anual, una consulta de cataratas o en cualquier momento en que haya habido un cambio o disminución en la visión.

¿CUBRE MI SEGURO UNA REFRACCIÓN?

La refracción (código CPT 92015) es un servicio que Medicare no cubre. Como resultado, CMS (el departamento del gobierno federal que controla Medicare) requiere que su proveedor de atención médica cobre por este servicio. La mayoría de los demás planes de seguro médico y planes complementarios de Medicare siguen las reglas de Medicare y no consideran la refracción como un servicio cubierto. Estos planes consideran las refracciones como un servicio de "visión", no un servicio "médico". Los planes de seguro de la vista ó de visión de rutina pueden cubrir este servicio. Si usted tiene un plan de la vista de rutina, notifíquenos antes de su visita para determinar nuestro estado de participación y los beneficios, si es que corresponde.

¿CUÁNTO CUESTA UNA REFRACCIÓN?

Nuestra tarifa por una refracción es de \$ 52. Esta tarifa se cobra en el momento del servicio además de cualquier copago, coaseguro o deducible que requiera su plan de seguro. La tarifa está sujeta a cambios.

REVISIONES DE REFRACCIÓN:

Si encuentra que la receta de sus anteojos no es satisfactoria, realizaremos una nueva revisión de refracción gratis dentro de los 90 días posteriores al servicio original. Si se necesita una nueva refracción **después de 90 días**, se aplicará la tarifa de refracción estándar y **tendrá que pagar el costo original**.

PÓLIZA DE AJUSTE DE LENTES DE CONTACTO

¿QUÉ ES UN AJUSTE DE LENTES DE CONTACTO?

Un ajuste de lentes de contacto es un examen adicional que consta de medidas para encontrar el lente de contacto más apropiado para optimizar su visión. Existe una gran variedad de tipos, materiales y tamaños de lentes. Además de un examen completo para la salud del ojo, se realiza un ajuste de lentes de contacto para aquellos que lo necesiten.

¿CUBRE MI SEGURO UN AJUSTE DE LENTES DE CONTACTO?

Los planes médicos consideran que el ajuste de lentes de contacto es un servicio de "visión", no un servicio "médico", por lo tanto, no cubren los costos de los ajustes de lentes de contacto. Los planes de rutina de la vista pueden cubrir este servicio. Si tiene un plan de la vista de rutina, avísenos antes de su visita para determinar nuestro estado de participación y los beneficios, si es que corresponde.

¿CUÁNTO CUESTA EL AJUSTE DE LENTES DE CONTACTO?

Las tarifas de ajustes de lentes de contacto varían según el tipo de lente y la dificultad del ajuste. La tarifa varía de \$45 a \$175 para la mayoría de los ajustes. Una vez que su médico determine cual tipo de lente será más adecuado para usted, entonces podremos ofrecerle un presupuesto. Esta tarifa se cobra al momento del servicio, además de cualquier copago, coaseguro o deducible que requiera su plan de seguro. Las tarifas están sujetas a cambios.

He leído y entiendo la Notificación de Servicios No Cubiertos: Póliza de Refracción y Póliza de Ajuste de Lentes de Contacto.

X _____
Firma del Paciente Fecha

X _____
Firma del Padre o Guardián Fecha



Nombre: _____

Fecha: _____

Historia Médica Del Paciente - Marque **SÍ** o **NO** si tiene o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Cáncer – Tipo | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Tomado Flomax / Hytrin / Cardura | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Diabetes - <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Insulina |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Derrame Cerebral / ACV (CVA) | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | GERD |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad Cardíaca / Sopro | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad de los Riñones |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Ataque Al Corazón | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Cálculos Renales (Piedras en los riñones) |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad del Hígado |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Latido del Corazón Irregular / Palpitaciones | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Hepatitis - <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Asma | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad Autoinmune – Tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | EPOC | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedades infecciosas _____ |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Migrañas | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Demencia / Pérdida de Memoria |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Artritis | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | SARM (MRSA) |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Apnea del Sueño - ¿Usa el CPAP? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | |

¿Has recibido una vacuna contra la neumonía? SÍ NO

¿Bebes alcohol? SÍ NO - Diariamente Ocasionalmente Rara vez

¿Alguna vez has fumado? SÍ NO

¿Todavía fumas? SÍ NO

CIRUGÍAS - Marque la casilla si se ha sometido a alguna de las siguientes cirugías:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Derivación (Bypass) | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Cadera | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de Cataratas |
| <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Prostatectomía | <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Lasik / RK |
| <input type="checkbox"/> Stents Cardíacos | <input type="checkbox"/> Colostomía | <input type="checkbox"/> Colectomía | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Rodilla | <input type="checkbox"/> Mastectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de Espalda | <input type="checkbox"/> Trasplante de Córnea |
| | | | <input type="checkbox"/> Procedimiento de Glaucoma |
| | | | <input type="checkbox"/> Procedimiento de Párpado |
- No He Tenido Procedimientos Quirúrgicos

OTROS DIAGNÓSTICO DE LOS OJOS - ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades o trastornos oculares?

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Retinopatía Diabética | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad Corneal | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> Ambliopía / Ojo Vago | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Alergias: SÍ - Por favor liste abajo NO se conocen alergias ¿Alérgico al látex? SÍ NO

Medicamentos: Enumere cualquier medicamento que tome, recetado o sin receta; Puede proporcionar una lista si está disponible:

Historia Familiar - ¿Tienes algún historial FAMILIAR de las siguientes condiciones? (Madre, Padre, Hermanos, Abuelos)

- | | | |
|----------------------|---|----------------|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Quién?: _____ |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Quién?: _____ |
| Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Quién?: _____ |
| Ceguera | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿Quién?: _____ |
| Adoptado / No Se | <input type="checkbox"/> SÍ | |

X _____
Firma del Paciente

Fecha

X _____
Firma del Padre o Guardián

Fecha



REVISIÓN DE SISTEMAS

Por favor marque todos los que correspondan a su salud actual y pasada. Los cuadros que no estén marcados se considerarán una respuesta negativa.

General / Constitucional

- Saludable En General
- Pérdida De Peso / Aumento
- Fatiga
- Fiebre Y Escalofríos
- Debilidad

Integumentario (Piel)

- Cáncer De Piel
- Erupción
- Magulladuras
- Crecimiento Sospechoso
- Picazón

Oídos /Nariz /Boca /Garganta

- Boca Seca
- Dolor Sinusal / Infecciones
- Zumbido En Los Oídos
- Vértigo
- Usa Aparato Del Oído

Respiratorio

- EPOC (COPD)
- Asma
- Enfisema
- Usa Oxigeno
- Dificultad Respirando

Cardiovascular

- Dolor En El Pecho
- Hipertensión
- Ataque Al Corazón
Parkinson
- Cirugía Cardíaca
- Palpitaciones

Gastrointestinal

- Acidez Estomacal
- Diverticulosis
- Náuseas
- Hernia
- Úlceras

Musculo-Esquelético

- Artritis
- Dolor De Espalda
- Hinchazón De Coyunturas
- Rigidez
- Dolor Muscular / Coyunturas

Neurológico

- Pérdida De Memoria
- Dolores De Cabeza
- Enfermedad
- Convulsiones
- Temblores

Endocrino

- Diabetes
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Micción Frecuente
- Sed Excesiva

Psiquiátrico

- Ansiedad
- Depresión
- Estrés

Alergias / Inmunológico

- Reacción Alérgicas a Medicamentos
- Reacción Alérgicas a Comidas
- Alergias Estacionales / Ambientales
- Enfermedad Autoinmune

¿Otras afecciones o problemas médicos no mencionados?

X _____
Firma del Paciente

Fecha

X _____
Firma del Padre o Guardián

Fecha



Nombre: _____ Fecha: _____ #Cuenta: _____

Formulario de Evaluación Visual y Cuestionario de Estilo de Vida

Ocupación: _____

Pasatiempo: _____

Para que nuestros médicos le ayuden a tomar la mejor decisión posible sobre sus necesidades de visión y audición, por favor tome un momento para completar el cuestionario, voltee la página.

Circule alrededor del grado de dificultad que tiene para hacer las siguientes actividades debido a su visión.

Evaluación Funcional De La Visión

Circule Uno

¿Le gustaría depender menos de sus anteojos, cuál?	Distancia	Cerca	Ambos	
Dificultad para ver carteles de calle o conducir (Bordillos, salidas de la carretera, semáforos, halos/resplandor en las luces)	No	Leve	Moderado	Severo
Dificultad para ver bajo el resplandor (Halos, estallido de luz, seguimiento de la pelota de golf en el cielo, la conducción en la luz del sol brillante, faros inminentes)	No	Leve	Moderado	Severo
Dificultad para ver TV o películas (Caras, números, impresión)	No	Leve	Moderado	Severo
Dificultad para leer letras pequeñas con gafas (Libros, periódicos, botellas de píldoras, instrucciones, teléfono celular)	No	Leve	Moderado	Severo
Dificultad con las correspondencias personales (Escribir cheques, leer facturas, llenar formularios)	No	Leve	Moderado	Severo
Dificultad con actividades de tiempo libre (Jugar a las cartas, bingo, bolos, golf)	No	Leve	Moderado	Severo
Dificultad para funcionar en la casa (Cocina, mantenimiento general del hogar, escaleras, teléfono)	No	Leve	Moderado	Severo
Dificultad para reconocer las caras de las personas (Iglesia, supermercado, clubes, otras actividades diarias)	No	Leve	Moderado	Severo

Por favor circule las actividades que preferiría hacer con menos dependencia de anteojos:

Leer	Ver botellas de píldora	Mirar un menú	Mirar su reloj	Usar un teléfono celular
Juegos de cartas o mesa	Costura	Aplicación de maquillaje	Uso de una computadora	Ver etiquetas de precio
Ver el tablero del coche	Ver las etiquetas de precio/estantes	Ir de compras	Bingo	Conducir
Jugar deportes, como el golf	Ver TV	Ver deportes en vivo	Ir al cine	Natación

X _____
Firma del Paciente

Fecha

X _____
Firma del Padre o Guardián

Fecha



Nombre: _____ Fecha: _____ #Cuenta: _____

Vea más joven... Oiga a más joven

¡Se trata de su calidad de vida!

Los estudios han demostrado que la pérdida de la audición y la visión están comúnmente conectadas a medida que envejecemos.

Por favor, responda las siguientes preguntas

Circule Uno

- | | | | |
|---|----|----|---------|
| ¿Tiene dificultad para escuchar cuando alguien le habla? | Sí | No | A veces |
| ¿Tiene dificultad para entender conversaciones cuando está en grupos o situaciones ruidosas? | Sí | No | A veces |
| ¿Siente que su disminución del sentido de la audición limita o obstaculiza su vida personal o social? | Sí | No | A veces |
| ¿Tiene dificultad para escuchar la televisión o el radio? | Sí | No | A veces |
| ¿Con frecuencia tiene que pedir a los demás que se repitan? | Sí | No | A veces |
| ¿Es incapaz de entender cuando alguien le habla desde otra habitación? | Sí | No | A veces |
| ¿Le han dicho otros que usted no parece escucharlos? | Sí | No | A veces |

Como paciente de Mid Florida Eye Center, se incluye una evaluación auditiva con su examen completo de la vista para pacientes de 60 años o más o para cualquier persona que responda "Sí" a las preguntas anteriores sin costo adicional.