



## Bright Vision Center – Historial del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Seg. Social: \_\_\_\_\_ Fecha Hoy: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Teléfono Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Como parte del examen se le dilatará la vista. Si **NO** desea la dilatación favor firmar: \_\_\_\_\_

### **Medicamentos & Alergias**

Alérgico a:  Penicilina  Sulfa  Látex  Otro (Explique) \_\_\_\_\_

Medicamentos que **actualmente** toma: \_\_\_\_\_

Usted:  Fuma  Toma Alcohol  Usa Drogas Si es mujer, esta:  Embarazada  Amamantando

Por favor indique todas las cirugías relacionadas o no con sus ojos: \_\_\_\_\_

**Circule** si padece alguna de las siguientes condiciones:

**ENT:** Sinusitis – Boca Seca – Perdida de Audición – Laringitis - Otra: \_\_\_\_\_

**Neuro:** Tumor – Derrame Cerebral – Epilepsia – Parálisis – Migraña – Esclerosis Múltiple – Otra: \_\_\_\_\_

**Psicol:** Ansiedad – Depresión – Bipolaridad – Deficit de Atención – Otra: \_\_\_\_\_

**Cardio:** Insuficiencia Cardiaca – Enfermedad Vasculat – Enfermedad del Corazón – Alta Presión – Otra: \_\_\_\_\_

**Respiratoria:** Enfisema – Bronquitis – Apnea del Sueño – Obstrucción Pulmonar - Asma – Otra: \_\_\_\_\_

**Gastro:** Ulcera – Reflujo – Enfermedad de Celiac – Crohn's – Colitis – Hepatitis - Otra: \_\_\_\_\_

**GU:** Herpes –Inflamación de Prostata – Enfermedad de los Riñones – Enf. de Transmisión Sexual – Otra: \_\_\_\_\_

**Musc/Esq:** Distrofia Muscular – Espondilosis – Osteoporosis –Gota – Artritis – Fibromialgia – Otra: \_\_\_\_\_

**Piel:** Herpes Simple – Herpes Zoster – Rosacea – Psoriasis – Eczema – Otra: \_\_\_\_\_

**Endo:** Diabetes Tipo II – Desorden Hormonal – Tiroides – Diabetes Tipo I – Otra: \_\_\_\_\_

**Hem/Lymph:** Colesterol – Ulcera – Sangrado Profuso – Anemia – Cáncer - Otra: \_\_\_\_\_

**Inmune:** Lupus – Artritis Reumatoide – SIDA – Síndrome de Sjogren's – Otra: \_\_\_\_\_

**Historial Familiar:** Diabetes – Alta Presión – Tiroides – Cataratas – Glaucoma – Degeneración Macular – Estrabismo –

Ambliopía (Ojo Vago) – Desprendimiento de Retina – Miopía Severa – Hipermetropía Severa – Otra: \_\_\_\_\_

Bright Vision Center  
Dr. Rolando Ortiz, Optometrist, PLLC.  
AVISO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD LEY HIPAA

Este aviso describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, léalo con cuidado. Estamos obligados por ley a darle una copia de nuestras prácticas de privacidad. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de tratamiento médico, y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información de salud protegida. Esta es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que podría identificarlo y que se relaciona con su salud o condición y servicios relacionados con el cuidado de la salud. Respetamos nuestra obligación legal de mantener la información de salud que lo identifica.

**Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud: Tratamiento, Pago y el Cuidado de la Salud**

Vamos a utilizar y divulgar su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o la gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida, según sea necesario para: hacer una cita para usted; examinar los ojos; prescripción de gafas, lentes de contacto o medicamento para los ojos, incluyendo el envío de fax y correo de electrónico; referir a otro médico o profesional de la salud, o solicitar información médica de otro proveedor de salud. Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por sus servicios de salud. Por ejemplo, para obtener la aprobación de su seguro de visión o seguro de salud, facturas y reclamaciones de procesamiento y la recolección de los saldos pendientes de pago.

Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades de salud relacionadas a nuestra práctica. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, evaluación de control de calidad, así como las actividades del empleado. Además, podemos usar una hoja en la mesa de registro donde se le pedirá que firme con su nombre. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando el doctor esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, en contacto con usted para recordarle de su cita. Esto podría incluir tarjetas de recordatorio enviados por correo, correo electrónico, mensajes o llamadas telefónicas.

Por ley, nosotros podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: Salud Pública, como requerido por la ley, las enfermedades transmisibles, las actividades de supervisión de la salud como Medicare o Medicaid; Auditorías de abuso o negligencia, los requisitos de la Food and Drug Administration, los procedimientos legales; encargados de hacer cumplir la ley; Médicos Forenses, directores de funerarias y donación de órganos; Investigación: Actividad Criminal, Actividad Militar y Seguridad Nacional, compensación laboral, entre otros. Según la ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos. Otros usos permitidos y requeridos y revelaciones se harán sólo con su consentimiento, autorización u oportunidad de oponerse a menos que sea requerido por la ley. Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que su médico o en la práctica médica ha tomado una acción basada en el uso o la revelación indicados en la autorización.

**Sus Derechos**

Usted tiene el derecho de inspeccionar su información médica protegida, y de solicitar una restricción. Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos y divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su información sea revelada a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe ser por escrito y expresar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción aplique. No tenemos que aceptar sus peticiones, pero si lo hacemos, debe respetar sus restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternos o en una ubicación alterna. Usted tiene el derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte, previa solicitud, incluso si ha acordado aceptar esta nota electrónicamente.

**Información de Contacto y Reclamaciones**

Usted puede comunicarse con nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados. Nosotros no tomaremos represalias contra usted para archivar una queja. Por favor, póngase en contacto con nosotros por correo o por teléfono si tiene preguntas sobre este aviso.

Este aviso fue publicado y entra en vigencia el 26 de abril de 2012.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Pólizas de Garantía

## Recetas/Prescripciones de Lentes o para Lentes de Contacto.

• La receta o prescripción tendrá una reevaluación **gratuita hasta 90 días** después del examen inicial si los lentes/contactos fueron comprados con nosotros. Luego de este periodo tendrá un costo de \$65.00 por la visita.

## Anteojos/Lentes/Gafas/Espejuelos:

- **Marco/Montura:** Tendrán una garantía de hasta un año en defectos de fábrica. Algunos requerirán un pago de deducible el cual dependerá del marco.
- **Lentes:** La garantía es de un año y solo cubre los lentes con tratamiento de anti-reflectivo (AR). Cubre rasposos y el que se despegue el tratamiento de AR.

*\*Garantía no cubre si se usa algún tipo de pegamento o tape o si los lentes son robados o perdidos\**

*\*si usted usa su propio marco usted acepta que no somos responsables si su marco se daña cuando cambiamos la graduación\**

**Aquellos pedidos que no hayan sido recogidos en 6 meses del día que se hizo la orden serán cancelados.**

Nombre del Paciente:

Firma del Paciente o encargado:

---

Fecha:

---



# **Bright Vision Center**

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Acuerdo de Autorización del paciente**

Al anotar a las siguientes personas por favor indique la autorización de información que gustaría que recibiera. Si después desea eliminar alguna de las personas por favor de llenar esta forma nuevamente. **Si es menor de 18 por favor de firmar padre/guardián.**

Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma de Pacient/Guardián: \_\_\_\_\_

<b>Nombre:</b> _____ <b>Relación:</b> _____	Solo Lentes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Solo Prescripcion <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Todo Record <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
<b>Nombre:</b> _____ <b>Relación:</b> _____	Solo Lentes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Solo Prescripcion <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Todo Record <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
<b>Nombre:</b> _____ <b>Relación:</b> _____	Solo Lentes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Solo Prescripcion <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Todo Record <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>