



Cuestionario para Pacientes Nuevos y Formulario de Historial Médico

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): _____

Género: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ No binario ☐ Otro

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono primario: _____ ☐ Hogar ☐ Móvil

Número de teléfono secundario: _____ ☐ Hogar ☐ Móvil

Información de contacto en caso de emergencia

Nombre del contacto de emergencia: _____

Número de teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Información de atención primaria

Nombre del doctor primario,
profesional en enfermería, o asociado médico: _____

Información de farmacia

Nombre y dirección de la farmacia (o calles principales): _____

Información del seguro

Aseguradora primaria: _____ Número de póliza: _____

Aseguradora secundaria: _____ Número de póliza: _____

Preferencias de comunicación

¿Acepta comunicarse con la Dr. Tapadia y el personal de Tapadia Eye Care por correo electrónico y mensajes de texto estándar con respecto a varios aspectos de su atención médica? Esto puede incluir, pero no se limita a: resultados de pruebas, recetas, y facturación.

Al aceptar, comprende que el correo electrónico y los mensajes de texto estándar no son métodos de comunicación confidenciales y que pueden ser inseguros. Debido a esto, existe el riesgo de que un tercero intercepte y lea correos electrónicos y mensajes de texto estándar con respecto a su atención médica.

Ofrecemos a todos nuestros pacientes un portal de pacientes en línea seguro a través de www.myPatientVisit.com. Tenga en cuenta que, sin importar su preferencia, recibirá recordatorios de citas por mensaje de texto y/o correo de voz.

☐ **Acepto comunicarme con Tapadia Eye Care por correo electrónico y mensaje de texto.**

Mi correo electrónico es: _____

☐ **No estoy de acuerdo.** Prefiero comunicarme con Tapadia Eye Care solo por medios seguros.

Cuestionario de Historial Médico

En pocas palabras, ¿qué es la razón de su visita hoy? _____

Historia ocular

¿Qué afecciones oculares ha recibido tratamiento? _____

¿Qué cirugías oculares le ha realizado? _____

¿Qué gotas para los ojos usa? _____

Historia médica

¿Padece o ha sido tratado alguna vez por alguna de las condiciones que se indican a continuación?

| Condición | ✓ | Condición | ✓ | Condition | ✓ |
|-----------------------------------|-------|-----------------------|-------|------------------------|-------|
| Presión arterial alta | _____ | Colesterol alto | _____ | Enfermedad renal | _____ |
| Enfermedad arterial (CAD) | _____ | Enfermedad del hígado | _____ | Desorden sangrante | _____ |
| Insuficiencia cardíaca congestiva | _____ | Artritis reumatoide | _____ | Rosácea | _____ |
| Soplo cardíaco | _____ | Otras autoinmunes | _____ | Enfermedad de tiroides | _____ |
| Mini/derrame cerebral | _____ | Asma | _____ | Trasplante de órganos | _____ |
| Diabetes tipo 1 | _____ | EPOC/enfisema | _____ | Cáncer | _____ |
| Diabetes tipo 2 | _____ | Apnea del sueño | _____ | | |

Describe cualquier otra condición de su salud no mencionada anteriormente: _____

Historia quirúrgica

Enumere todas las cirugías que haya tenido y sus fechas aproximadas: _____

Medicamentos actuales

Indique todos los medicamentos que toma actualmente, incluyendo todos los suplementos.

Alergias e intolerancias

¿Es alérgico a algún medicamento o sustancia? ☐ Sí ☐ No

Enumere las alergias o intolerancias a cualquier medicamento u otras sustancias.

| Medication/substance | Reaction |
|----------------------|----------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Historial médico familiar

¿Alguno de sus familiares de sangre ha tenido o ha sido tratado por alguna de las siguientes enfermedades?
Esto incluye a padres, hermanos, hijos, tíos, y abuelos.

| Condición | ✓ | Relación | Condición | ✓ | Relación |
|---------------------|-------|----------|---------------------------|-------|----------|
| Problema cardíaco | _____ | _____ | Degeneración macular | _____ | _____ |
| Artritis reumatoide | _____ | _____ | Glaucoma | _____ | _____ |
| Otras autoinmunes | _____ | _____ | Enfermedad de la cornea | _____ | _____ |
| Derrame cerebral | _____ | _____ | Desprendimiento de retina | _____ | _____ |
| Cáncer | _____ | _____ | Ojo “perezoso” o cruzado | _____ | _____ |

Enumere cualquier otra condición de salud que
no se haya mencionado anteriormente: _____

Historia social

¿Consume actualmente tabaco? ☐ Sí ☐ No

¿Ha consumido tabaco anteriormente? ☐ Sí ☐ No

¿Con qué frecuencia bebe alcohol? ☐ Nunca ☐ De vez en cuando ☐ Con frecuencia ☐ Daily

¿Consume drogas callejeras/ilícitas? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿de qué tipo? _____

¿Está embarazada actualmente o existe la posibilidad de que pueda estarlo? ☐ Sí ☐ No

¿Está actualmente en período de lactancia? ☐ Sí ☐ No

Historia de inmunizaciones

¿Se ha vacunado contra la gripe este año? ☐ Sí ☐ No, por razones médicas ☐ No, por razones no médicas

¿Se ha vacunado contra el COVID-19? ☐ Sí ☐ No, por razones médicas ☐ No, por razones no médicas

¿Ha tenido una vacuna antineumocócica
(por ejemplo, Pneumovax)? ☐ Sí ☐ No, por razones médicas ☐ No, por razones no médicas

Consentimiento para el tratamiento · Información de privacidad del paciente ·
Políticas de la clínica

1. **Consentimiento general para pruebas, tratamiento y servicios médicos:** Al firmar abajo, doy mi consentimiento para recibir atención médica con Tapadia Eye Care. Entiendo que cualquier tratamiento y procedimiento realizado en Tapadia Eye Care será administrado por un médico de acuerdo con las leyes estatales y la licencia médica correspondiente.
2. **Consentimiento para divulgar información médica:** Entiendo que esta clínica utiliza un registro médico electrónico (EMR). Entiendo que el EMR contiene información sobre mi salud de mi atención médica pasada, actual y futura. Acepto que esta información médica puede ser divulgada a través del EMR de Tapadia Eye Care o por otros medios (por ejemplo, por fax, teléfono, correo electrónico o entrega en mano) de las siguientes maneras: 1) a Tapadia Eye Care; 2) a mis doctores / clínicos de atención médica pasados, actuales y futuros y otras organizaciones de atención médica que me brindan atención; o 3) a las entidades nombradas en mi registro médico que pagan por mi tratamiento, como una aseguradora o un garante. Estas personas u organizaciones pueden usar mi información médica: 1) para brindarme atención médica; 2) que me paguen por mi tratamiento; o 3) para realizar actividades relevantes para las operaciones de atención médica (por ejemplo, administrar mi atención, brindar atención de calidad o completar actividades de seguridad del paciente). Entiendo que estas personas u organizaciones tendrán acceso a partes relevantes de mi expediente médico, y que esto puede incluir información sobre salud conductual o información sobre trastornos por uso de sustancias (por ejemplo, tratamiento por drogas y alcohol); mi historial médico, diagnósticos, registros hospitalarios, información sobre visitas a la clínica y al médico, medicamentos, alergias, resultados de pruebas de laboratorio, informes de radiología, información sobre salud sexual y reproductiva, información relacionada con enfermedades contagiosas (por ejemplo, enfermedades de transmisión sexual) y/o VIH / Información relacionada con el SIDA. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto si mi información médica ya ha sido divulgada a otra persona u organización. También entiendo que puedo solicitar una lista de las organizaciones de atención médica que han recibido mi información sobre trastornos por uso de sustancias. Este consentimiento expirará un año después de mi muerte.
3. **Consentimiento para la prescripción electrónica (e-prescribing):** Entiendo que Tapadia Eye Care puede utilizar un sistema de prescripción electrónica, que permite que las prescripciones y la información relacionada sean enviadas electrónicamente entre mis doctores/clínicos y mi farmacia. Entiendo que mis médicos y clínicos que utilicen el sistema de prescripción electrónica podrán ver información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluyendo los prescritos por otros doctores o clínicos. **Al firmar abajo, doy mi consentimiento a mis doctores o clínicos para que vean esta información médica protegida.**
4. **Aviso de Prácticas de Privacidad:** De conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Tapadia Eye Care. Por lo presente, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida, incluida la información generada mediante el uso de servicios de salud virtual o telemedicina, como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad. Esto puede incluir mi información médica protegida generada durante el tratamiento ambulatorio en Tapadia Eye Care, y esta información puede incluir, entre otros, información sobre salud mental, abuso de drogas y alcohol, enfermedades transmisibles como el VIH / SIDA, discapacidades del desarrollo o pruebas genéticas. Al firmar a continuación, afirmo que he recibido, leído y comprendido el Aviso de prácticas de privacidad, que establece las prácticas de privacidad de Tapadia Eye Care y mis derechos con respecto a la privacidad de mi información médica.

5. **Consentimiento para fotos/videos de la clínica:** Doy mi consentimiento para fotografiar y/o grabar en vídeo las partes de mi cuerpo que son relevantes para mi condición y atención médica estrictamente para fines de documentación de registros médicos, siempre que dichas fotografías o videos se mantengan y liberado de acuerdo con las regulaciones de información de salud protegida. Entiendo que se me informará si se lleva a cabo dicha fotografía/grabación de video y cuándo.
6. **Política de Cancelación y no Presentación:** Tapadia Eye Care requiere un aviso previo de al menos 24 horas para cancelar o reprogramar citas. Si no me presento a mi primera cita, entiendo que no se me reprogramará. Si no proporciono una notificación adecuada, o si NO-ASISTO a una cita, entiendo que se me cobrará una tarifa de \$40 por evento. Entiendo que tres o más citas por no presentarse pueden resultar en mi despido de la práctica. **Al firmar a continuación, reconozco que he leído este aviso y entiendo la Política de Cancelación y No Presentación de Tapadia Eye Care.**
7. **Política de Llegada Tardía:** Tapadia Eye Care permite un “período de gracia” de 15 minutos para todas las citas. Si llego más de 15 tarde a mi cita, entiendo que es posible que me marquen como "no-show," que se renuncie a mi cita y que se me solicite que re programe la cita. **Al firmar a continuación, reconozco que he leído este aviso y entiendo la Política de Llegada tardía de Tapadia Eye Care.**
8. **Promesa de Pago:** Al firmar a continuación, afirmo que entiendo que soy financieramente responsable de mi cuenta con Tapadia Eye Care de acuerdo con las tarifas y los términos regulares de la práctica. Entiendo y acepto la responsabilidad total por el pago de los servicios que me brinda Tapadia Eye Care, y acepto pagarlos en su totalidad, en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios no cubiertos, copagos, deducibles y/o coaseguro. Si no remito el pago a su vencimiento y la cuenta se vuelve morosa o se entrega a una agencia de cobranza o abogado para el cobro del pago, acepto pagar todas las tarifas de cobranza, los costos judiciales y los honorarios del abogado. También acepto que cualquier pago en exceso de un paciente o garante realizado en mi cuenta puede aplicarse directamente a cualquier cuenta morosa de la cual mi garante o yo somos legalmente responsables en el momento del cobro del pago en exceso.
9. **Política Financiera:** Al firmar a continuación, afirmo que he recibido, leído y comprendido el Formulario de política financiera, que establece las políticas financieras de Tapadia Eye Care.
10. **Política de grabación/grabación de vídeo:** Entiendo y acepto no tomar fotografías, videos o grabaciones de audio, ni capturar imágenes o sonido en ningún dispositivo mientras esté en Tapadia Eye Care. Acepto no capturar grabaciones de audio de mis comunicaciones con Tapadia Eye Care. También entiendo que es mi responsabilidad asegurar que quienes me acompañan en mis visitas a Tapadia Eye Care cumplan con este requisito.
11. **Divulgación de Open Payments:** La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.
12. **Divulgación de Medical Board of California:** Los médicos están autorizados y regulados por la Junta Médica de California. Para comprobar la validez de una licencia o presentar una queja, ingrese a www.mbc.ca.gov, envíe un correo electrónico licensecheck@mbc.ca.gov, o llame al (800) 633-2322.

Al firmar abajo, reconozco y acepto seguir las políticas y procedimientos de la clínica mencionados.

Firma del paciente o del guardia legal: _____ Fecha: _____

Escribe nombre en letra: _____ Relación con el paciente: _____



Política de Refracción

¿Qué es una refracción?

Una refracción es una técnica de examen para verificar la prescripción de sus anteojos.

¿Por qué se realiza?

La refracción a veces se realiza para determinar la causa de la visión borrosa de un paciente. La refracción puede ayudar a diferenciar si la visión borrosa se debe a la necesidad de gafas o a otro problema médico.

¿Cuánto cuesta?

La mayoría de los planes de seguro médico, incluido Medicare, no cubren refracciones.

Como resultado, cobramos **una tarifa de \$40** por realizar una refracción, ya que no es un servicio cubierto por los planes de seguro médico. **Solo cobramos esta tarifa cuando realizamos la refracción.**

¿Va a facturar a mi seguro?

No facturaremos a tu seguro por tu refracción, ya que se considera un servicio no cubierto. (Excepción: pacientes con Medi-Cal/CalOptima).

Si tiene alguna pregunta sobre las políticas y los procedimientos de su plan de seguro, no dude en preguntar. Haremos todo lo posible para ayudarlo.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto la Política de Refracción.

Firma del paciente o del guardia legal: _____ Fecha: _____

Escribe nombre en letra: _____ Relación con el paciente: _____