



RETINA CONSULTANTS OF SOUTH CAROLINA



POLITICA FINANCIERA

Cada paciente es responsable de su propia factura. Por la presente autorizo a Retina Consultants of Charleston a divulgar a mi compañía de seguros cualquier información adquirida durante mi examen o tratamiento.

El pago de todos los copagos y/o deducibles del seguro vencen en el momento en que se prestan los servicios médicos. Los pacientes que no tienen seguro deben pagar el 100% de los servicios prestados en cada visita. Si esto es imposible, deberá hacer arreglos de pago con nuestra oficina antes de cualquier evaluación médica para el tratamiento. Aceptamos efectivo, cheques y las principales tarjetas de crédito.

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Como cortesía, esta oficina enviará las facturas a su compañía de seguros. Para facilitar el procesamiento de reclamos, debe proporcionar toda la información de la póliza de seguro, incluidos los cambios en la cobertura, a esta oficina. Su factura es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no. En ocasiones, es posible que deba comunicarse con su compañía de seguros con respecto a la demora o la falta de pago de su reclamo de seguro.

Usted es responsable de saber qué cubre su seguro, el monto de su copago actual y los proveedores/redes cubiertos por su plan de seguro médico. Cualquier servicio proporcionado pero no cubierto por su compañía de seguros será su responsabilidad de pagar.

Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta completa dentro de los 60 días, debe pagar el saldo pendiente sin más demora.

Se cobrará una tarifa de \$35.00 en todos los cheques devueltos.

Entiendo que este es un acuerdo vinculante entre Retina Consultants y yo. Entiendo que seré responsable de cualquier saldo pendiente.

X _____

Firma del paciente (padre / tutor legal si es menor de edad)

Fecha

X _____

Testigo

Fecha

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Último examen de la vista _____ **Nombre y número de la Farmacia** _____

Lista de MEDICAMENTOS (RX y sin receta)

Enumere todas las ENFERMEDADES PRINCIPALES

¿Eres alérgico a algo? SÍ NO

Enumere las CIRUGÍAS que ha tenido

Si la respuesta es SÍ, enumere los medicamentos

¿Tiene ACTUALMENTE algún problema en la siguiente área? Encierre en un círculo lo que corresponda y proporcione información adicional.

OJOS- Mala Visión, Dolor de Ojos, Lagrimeo, Enrojecimiento, Otros		
CONSTITUCIÓN GENERAL Fiebre, Golpe de Calor, Pérdida de peso, Aumento de Peso, Fatiga, Otros		
OÍDOS, NARIZ, GARGANTA Pérdida de la audición, Congestión nasal, Dolor de oído, Tos, Sequedad de boca, Otros		
CARDIOVASCULAR Presión arterial alta, Pulso acelerado, Otros		
CONGESTION RESPIRATORIA, Sibilancias, Dificultad para respirar, Otros		
NÁUSEAS GASTROINTESTINALES, Diarrea, Estreñimiento, Hernia, Úlceras, Otros		
GENITAL/RIÑÓN/VEJIGA Dolor al orinar, Micción frecuente, Impotencia, Ictericia, Otros		
MUJERES Embarazadas / Amamantamiento		
MÚSCULOS/HUESOS/ARTICULACIONES Dolor articular, Rigidez, Hinchazón, Calambres, Artritis, Otros		
PIEL Espinillas, Verrugas, Crecimientos, Sarpullido, Otros		
NEUROLÓGICO Entumecimiento, Dolores de cabeza, Convulsiones, Parálisis, Otros		
PSIQUIÁTRICA Ansiedad, Depresión, Insomnio, Otros		
ENDOCRINO Diabetes, Hipotiroidea, Otros		
SANGRE/LINFA Hemorragia, Colesterolemia, Anemia, VIH/SIDA, Hepatitis, Otros		
ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO Estornudos, Enrojecimiento, Picazón, Urticaria, Lupus, Otros		

ANTECEDENTES FAMILIARES (Madre, Padre, Hermano, Abuelo) ¿Algún miembro de su familia ha tenido estas enfermedades? (Circule todo lo que corresponda) CEGUERA / CATARATA / GLAUCOMA / DIABETES / HIPERTENSIÓN / ENFERMEDAD CARDIACA / ACV / CÁNCER / ENFERMEDAD TIROIDEA / ARTRITIS otra enfermedad hereditaria _____

HISTORIA SOCIAL

¿Su visión limita alguna actividad de la vida diaria (leer, conducir, deportes, trabajo, etc.) Sí NO

¿Bebe alcohol? Sí NO En caso afirmativo, ¿cuánto _____?

¿Fuma usted? SI NO En caso afirmativo, ¿cuánto _____? ¿Cuántos años _____?