

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estatura: _____ Peso: _____

¿Está embarazada o existe la posibilidad de estar embarazada? **Sí No**

Si la respuesta es sí, indique el tiempo de gestación estimado: _____

¿Presenta alguna de las siguientes condiciones? Si la respuesta es sí, explique:

Cardiovascular

Hipertensión arterial

Insuficiencia cardíaca congestiva

Infarto cardíaco **Fecha:** _____

Marcapasos o dispositivo similar

Enfermedad cardíaca

Fibrilación auricular u otras arritmias

Coágulos sanguíneos

Várices

Uso de anticoagulantes

Otros/explique: _____

Infecciones

VIH/SIDA,

MRSA

Herpes Zóster, Herpes labial

C. Difficile,

Hepatitis

Otra/explique: _____

Musculoesquelético

Contracturas Cuello o espalda fusionados

Incapacidad para acostarse completamente

Movimientos corporales involuntarios

Artritis

Uso de dispositivo de asistencia ambulatoria (bastón, andador, silla de ruedas, etc.)

De ser así, especifique: _____

Otro/especifique: _____

Respiratorio

Dificultad para respirar

Asma

EPOC/Enfisema

Tos crónica

Bronquitis

Explique: _____

Autoinmune

Artritis Reumatoide (AR),

Esclerosis Múltiple (EM),

Espondilitis Anquilosante,

Síndrome de Sjögren,

Psoriasis

Lupus

Otro

Explique: _____

Metabólico

Diabetes tipo 1

Diabetes tipo 2

Fecha de diagnóstico: _____

Nivel promedio de glucosa en sangre: _____

Nivel de azúcar en sangre más reciente: _____

Deficiencia vitamínica diagnosticada: _____

Otro/especifique: _____

Neurológico

Ictus **Fecha:** _____

Episodios Convulsivos

Alteraciones de la memoria

Historial de lesión/traumatismo en la cabeza

Dolores de cabeza/migrañas

Enfermedad de Parkinson

Otro/explique: _____

Otras condiciones

¿Apnea del sueño? **Sí / No**

¿Usa un CPAP? **Sí / No**

Trastorno relacionado con el dolor

Problema de tiroides **Describe:** _____

Cáncer **Tipo/tratamiento/fecha de diagnóstico:** _____

De ser así, ¿tiene alguna restricción en las extremidades? **Sí / No** _____

Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS/ITS)

Enfermedad renal ¿Recibe diálisis? **Sí / No**

De ser así, indique el horario de diálisis: _____

Otro: _____

Historia social

Hábitos de fumador:

[] Actualmente fuma ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día? ____

¿Durante cuántos años ha fumado? _____ [] Exfumador ¿Cuándo dejó de fumar? _____
_____ ¿Durante cuánto tiempo fumó? _____

[] Nunca

¿Consume drogas recreativas? Sí No De ser así, ¿con qué frecuencia? _____

¿Consume bebidas alcohólicas? Sí No De ser así, ¿cuántas bebidas consume a la semana? _____

Evaluación oftalmológica actual - Síntomas o dificultades visuales actuales

Síntoma	Ojo derecho	Ojo izquierdo	Síntoma	Ojo derecho	Ojo izquierdo
Visión borrosa			Destellos de luz		
Visión doble (vertical, horizontal u oblicua)			Sombras flotantes		
Estrabismo			Aparición de una cortina o velo sobre cualquier parte de su campo visual		
Ojo rojo			Pérdida o disminución de la visión central		
Dolor ocular – Indique la intensidad del 1 al 10:			Visión periférica ausente o reducida		
Sensibilidad a la luz			Visión distorsionada, las líneas rectas parecen onduladas		
Sensación arenosa o de cuerpo extraño en los ojos.			Hinchazón del párpado o de los tejidos circundantes		

¿Ha tenido antecedentes de traumatismo ocular o craneal? Sí No De ser así, ¿cuándo y dónde ocurrió?: _____

¿Usa lentes de contacto en la actualidad? Sí No. De ser así, ¿son blandos o rígidos? _____

¿Cuánto tiempo lleva usándolos? _____

¿Alguna vez le han diagnosticado o tratado por alguna de las siguientes condiciones?

- | | |
|---------------------|-------------------------------------|
| [] Cataratas | [] Degeneración macular |
| [] Ojo seco | [] Estrabismo |
| [] Uveítis/Iritis | [] Desprendimiento de retina |
| [] Queratocono | [] Agujero o ruptura en la retina |
| [] Agujero macular | [] Distrofia de la córnea de Fuchs |
| [] Glaucoma | [] Otro: _____ |

Si marcó alguna de las opciones anteriores, explique más:

¿Presenta usted alguna alergia o sensibilidad? Sí No De ser así, por favor indíquelo a continuación:

Alergia	Reacción

¿Se ha sometido a alguna cirugía mayor que NO esté relacionada con los ojos? Sí No

De ser así, por favor indíquelo a continuación:

(En especial cualquier procedimiento cardíaco, respiratorio o neurológico)

Procedimiento	Lateralidad (D/I)	Médico y centro responsable	Fecha de realización

Le solicitamos que detalle cualquier otro antecedente médico, información o preocupación que considere importante para su visita de hoy:

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal o tutor (si aplica): _____

el archivo, Cesión de beneficios, Acuerdo financiero

1. Medicare - Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare sea haga a mi nombre a ORION EYE CENTER, LLC, por los servicios que me brinde ORION EYE CENTER, LLC. Le autorizo a cualquier entidad que posea mi información médica a compartirla con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (antes Health Care Financing Administration (Administración de financiamiento de atención médica)) y a sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se haga el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para procesar la reclamación. Si se indica otra cobertura de seguro médico en el ítem 9 del formulario HCFA 1500 o en cualquier otro formulario de reclamación aprobado, mi firma autoriza que se le entregue esa información a la aseguradora o entidad correspondiente. ORION EYE CENTER, LLC acepta la determinación de cargos del proveedor de Medicare como el cargo total, y yo solo soy responsable del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se calculan según la determinación de cargos del proveedor de Medicare.
2. Medigap - Entiendo que si se indica una póliza de MediGap u otro seguro de salud en el ítem 9 del formulario HCFA 1500 o en otros formularios de reclamación aprobados, mi firma autoriza la divulgación de la información al asegurador o agencia correspondiente. Solicito que el pago de los beneficios de seguro secundario autorizados se haga, en mi nombre, a ORION EYE CENTER, LLC, si es posible, o de lo contrario, a mí.
3. Autorización para divulgar la información - ORION EYE CENTER, LLC podrá divulgar total o parcialmente mi expediente médico o registro financiero, incluyendo información relacionada con abuso de alcohol o drogas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades transmisibles o VIH, a cualquier persona o entidad (1) que sea o pueda ser responsable o esté bajo contrato con ORION EYE para el reintegro de los servicios prestados y (2) a cualquier proveedor de atención médica para la continuidad del cuidado del paciente. ORION EYE también podrá divulgar, de manera anónima, cualquier información relacionada con mi caso que sea necesaria o apropiada para el avance de la ciencia médica, la educación médica, la investigación médica, la recopilación de datos estadísticos o conforme a la ley, estatuto o regulación estatal o federal. Una copia de esta autorización podrá usarse en lugar del documento original.
4. Otros seguros: Entiendo que ORION EYE CENTER, LLC puede establecer contratos con otros proveedores de seguros. Reconozco y acepto que soy responsable de pagar personalmente el costo total de todos los servicios que reciba en ORION EYE CENTER, LLC si pertenezco a un plan con el cual ORION EYE CENTER, LLC no tiene convenio.
5. Servicios no cubiertos - Entiendo que los contratos de ORION EYE CENTER, LLC con planes de servicios de salud (por ejemplo, HMO, PPO) se aplican únicamente a los servicios y productos que están "cubiertos" por esos planes. Por lo tanto, asumo la total responsabilidad financiera por todos los artículos o servicios que los planes de servicios de salud determinen que no están cubiertos. Ejemplos de servicios no cubiertos incluyen, entre otros, aquellos que no estén especificados como cubiertos en el contrato del paciente con el plan de salud o en el resumen de beneficios proporcionado por el plan, así como tratamientos o pruebas no autorizados por el plan de servicios de salud. Acepto colaborar con ORION EYE CENTER, LLC para obtener las autorizaciones necesarias del plan de servicios de salud.
6. Acuerdo Financiero: Acepto que, a cambio de los servicios brindados al paciente por ORION EYE CENTER, LLC, pagaré mi cuenta al momento de recibir el servicio o haré arreglos financieros satisfactorios para ORION EYE CENTER, LLC para el pago. En caso de que la cuenta sea remitida a un abogado para su cobro, acepto pagar los gastos de cobranza y los honorarios razonables de abogados que determine el tribunal, y no un jurado, en cualquier acción judicial. Entiendo y acepto que, si mi cuenta se encuentra en mora, se podrá aplicar el interés legal correspondiente. Cualquier tipo de beneficio bajo cualquier póliza de seguro que me cubra a mí, o a cualquier otra parte responsable del paciente, queda por la presente asignado a ORION EYE CENTER, LLC. Si mi compañía de seguros o plan de salud establece copagos o deducibles, me comprometo a pagárselos a ORION EYE CENTER, LLC. Sin embargo, entiendo que soy el principal responsable del pago de mi factura.
7. Si firmo en nombre del paciente, confirmo que tengo plena autoridad legal para hacerlo y asumo la responsabilidad personal de cumplir con todas las obligaciones requeridas al paciente.

Nombre del paciente : _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Orion Eye Center, LLC - REGISTRO – Página 3

Reconocimiento y consentimiento de HIPAA

Entiendo que Orion Eye Center, LLC usará y divulgará mi información médica.

Comprendo que mi información médica puede incluir datos generados por ORION EYE CENTER, LLC o recibidos de otro proveedor, y que puede estar en formato escrito, electrónico o verbal. Esta información puede abarcar antecedentes médicos, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, datos demográficos, información de seguro y otros datos similares relacionados con mi salud.

Entiendo y acepto que ORION EYE CENTER, LLC pueda usar y divulgar mi información médica con el fin de:

- Tomar decisiones y planificar mi atención médica y tratamientos; remitir, consultar, coordinar y gestionar mi atención médica junto con otros proveedores de servicios de salud.
- Determinar si lleno los requisitos para planes de salud o cobertura de seguros, y presentar facturas, reclamaciones y otra información relevante a las compañías de seguros u otras entidades responsables de cubrir total o parcialmente mis gastos médicos, y
- Hacer diversas funciones administrativas y de oficina que respalden los esfuerzos de mi médico para brindarme, organizar y recibir el reembolso por una atención médica de calidad y económica.

Asimismo, entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita sobre cómo ORION EYE CENTER, LLC manejará la información médica sobre mí. Esta descripción escrita se denomina Aviso de Prácticas de Privacidad y detalla los usos y divulgaciones de la información médica, así como las prácticas de manejo de información seguidas por los empleados, el personal y otros colaboradores de ORION EYE CENTER, LLC, además de mis derechos sobre mi información médica.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad puede ser actualizado de vez en cuando y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier versión revisada de ese Aviso. Asimismo, comprendo que una copia o un resumen de la versión más reciente del Aviso de Prácticas de Privacidad de ORION EYE CENTER, LLC estará disponible en la sala de espera o recepción y en el sitio web de la clínica.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que parte o la totalidad de mi información médica no sea usada o divulgada según lo descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y comprendo que ORION EYE CENTER, LLC no está legalmente obligado a aceptar esa solicitud.

Al firmar a continuación, confirmo que he revisado y comprendido la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

****AUTORIZACIÓN HIPAA**** Por favor, escriba a continuación los nombres de las personas autorizadas para acceder a su información médica. Esto abarca a cualquier persona que pueda comunicarse en su representación respecto a temas médicos, citas o facturación. Esta autorización permanecerá vigente hasta que recibamos una notificación de su parte indicando lo contrario.

Nombre y número de teléfono de la persona autorizada

Nombre y número de teléfono de la persona autorizada.

Nombre y número de teléfono de la persona autorizada

Nombre y número de teléfono de la persona autorizada.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Reconocimiento de la Política Financiera de Orion Eye Center, LLC

Leí la Política Financiera de la clínica y acepto cumplir con sus términos. Asimismo, entiendo y acepto que la clínica puede, de vez en cuando, modificar esos términos.

Fecha: _____

Firma del paciente/padre, madre o tutor

Nombre del paciente

Relación con el paciente

Política Financiera de Orion Eye Center

Gracias por elegir Orion Eye Center para recibir atención médica. En nuestra clínica, consideramos que una relación sólida entre el médico y el paciente se fundamenta en la comprensión mutua y una comunicación clara. Si tiene preguntas sobre acuerdos financieros, por favor diríjelas al personal administrativo de la clínica. Estamos aquí para ayudarle.

- **Pago:** Es necesario que yo entregue este comprobante de seguro y haga el pago correspondiente al momento de mi visita. Puede efectuar el pago en efectivo, con cheque o con tarjeta de débito/crédito. El pago incluirá cualquier deducible no cubierto, coaseguro, copago o cargos no cubiertos por mi compañía de seguros.
 - *Pago en efectivo*- Si no cuento con cobertura de seguro, deberé abonar el costo de la consulta al momento de recibir el servicio. Recibiré un descuento del 15 % por hacer el pago total en ese momento.
 - *Los nuevos pacientes o quienes paguen en efectivo* y sean atendidos por una urgencia deberán realizar un pago mínimo de \$100.00 al momento de la cita. Estos \$100.00 se aplicarán a la visita de consultorio o procedimiento, pero es posible que no cubran el saldo total adeudado. Si queda un saldo pendiente y es necesario emitir un estado de cuenta, se añadirá una tarifa de \$15.00 por atraso a la factura cada mes hasta que la cuenta sea saldada en su totalidad.
 - *Menores de edad* – Orion Eye Center solicitará el pago de todos los servicios prestados a pacientes menores de 18 años al adulto que los acompañe. Es obligatorio que el adulto permanezca con el menor durante toda la consulta.
- **Seguro médico:** Comprendo que Orion Eye Center está afiliado a múltiples planes de seguro médico. Orion Eye Center, como atención al paciente, tramitará el cobro con mi aseguradora si asigno los beneficios al centro. **En caso de que mi compañía de seguros no le reintegre a Orion Eye Center por los servicios prestados en un plazo de 90 días, asumiré la responsabilidad del pago.** Se me reintegre cualquier pago en exceso que hice, si después mi seguro cubre el importe correspondiente.
 - *Médico no incluido en mi plan* - Si mi médico no está incluido en la red de mi plan, seré responsable del pago parcial o total. Si mi médico no aparece en la red de mi plan, seré responsable de pagar parcial o totalmente los servicios. Debido a la variedad de productos de seguros existentes, Orion Eye Center no puede garantizar que sea apto ni la cobertura de mi póliza. Es mi responsabilidad entender mi cobertura y beneficios de seguro. Muchos sitios web contienen información incorrecta y no garantizan la cobertura.
 - *Remisión/autorización* - Soy responsable de obtener una remisión/autorización debidamente fechada si así lo requiere mi aseguradora. En caso de que mi reclamación sea rechazada por falta de remisión, asumo la responsabilidad del pago.

Cualquier saldo restante después de que mi plan médico pague o deniegue como no cubierto bajo mi plan, será mi responsabilidad. Entiendo que el pago se debe hacer al recibir un estado de cuenta de Orion Eye Center.
- **Cargos por retraso:** Comprendo que se aplicará una tarifa de recargo de \$15.00 mensuales a todas las cuentas con más de 30 días de atraso.
- **Accidentes de tránsito y reclamaciones de compensación laboral:** Si mi consulta está relacionada con un accidente de tránsito o una reclamación de compensación laboral, daré la información de mi seguro privado en mi primera visita. Esto permitirá que Orion Eye facture a mi seguro privado en caso de que mi reclamación sea denegada o se hayan agotado los beneficios.
- **Cheques devueltos:** Se aplicará un cargo por servicio de \$50.00 por cada cheque devuelto. Se me solicitará que traiga efectivo, fondos certificados o un giro postal para cubrir el monto del cheque más el cargo por servicio de \$50.00, a fin de saldar el saldo pendiente antes de recibir servicios del personal de Orion Eye o de mi médico.

Entiendo que la cancelación de un cheque constituye un incumplimiento de pago y estaré sujeto al

cargo por servicio de \$50.00 y a acciones de cobro. Entiendo que cualquier cheque sin fondos que emita a esta oficina estará sujeto a procedimientos de cobro y podré ser procesado en el condado de Deschutes.

- **Principios contables:** Entiendo que mis pagos y créditos se aplican primero a los cargos más antiguos, excepto los copagos y los pagos de seguros, que se asignan a las fechas de servicio correspondientes.
- **Cirugía:** Entiendo que, si no he alcanzado mi deducible para la fecha de mi procedimiento quirúrgico y existen copagos de la instalación, estos deberán ser abonados el día de la cirugía. Cualquier saldo pendiente después de que mi plan de salud haya realizado el pago será exigible al recibir el estado de cuenta. Entiendo que la mayoría de los procedimientos incluyen un periodo de atención postoperatoria de 10 a 90 días. Entiendo que los lentes de pedido especial requieren el pago total al momento de mi consulta de asesoramiento. Si soy un paciente que paga en efectivo, comprendo que deberé abonar la totalidad del costo de la cirugía antes de la fecha programada para la intervención.
- **Formularios y tarifas:** Reconozco que deberé pagar por adelantado para que Orion Eye Center gestione que se completen los formularios, la copia de historiales médicos, la notarización o cualquier comunicación escrita adicional por parte del médico. Orion Eye Center dispondrá de 30 días hábiles para copiar mis expedientes antes de ponerlos a mi disposición para su recogida. A continuación, se presenta una lista de posibles cargos:
 - No se cobrará por el último año de registros médicos o por la última nota clínica si son menos de 10 páginas.
 - Si se solicita la impresión y el envío por correo postal de la historia clínica completa o de más de 10 páginas a otra consulta médica, Orion Eye Center aplicará un cargo de \$30.00.
 - Copia completa del historial médico o más de 10 páginas, impresión para recogida en el centro: \$25.00
 - Cargos por trámite urgente (si se solicita antes de 7 días): \$5.00
- **Oficina para enviar facturas:** Si tengo alguna pregunta relacionada con mis estados de cuenta de facturación, me comunicaré con el equipo de cuentas por cobrar de Orion Eye Center al 541-548-7170 para recibir asistencia.
- **Cancelaciones o citas perdidas:**
 - *Clínica General* - Si no cancelo mi cita con al menos 24 horas de anticipación, o si **no asisto**, me cobrarán una tarifa de \$20.00 por cita perdida.
 - *Cirugía* - Si no cancelo mi cita quirúrgica al menos 24 horas antes de la cirugía programada, o si no asisto, se me cobrará una tarifa de \$250.00 por cirugía perdida.
- **Cesión de beneficios del seguro:** Por la presente, cedo, transfiero y asigno directamente a **Orion Eye Center** los fondos o beneficios de seguro médico básico y mayor a los que tenga derecho, para cubrir los costos de la atención médica y tratamiento médico brindados a mí o a mi dependiente en esa clínica. Autorizo a Orion Eye Center a comunicarse con mi compañía de seguros o administrador de plan de salud y obtener toda la información financiera relevante sobre la cobertura y los pagos bajo mi póliza. Le solicito a la compañía de seguros o al administrador del plan de salud que le entregue esa información a Orion Eye Center. Le autorizo a Orion Eye Center a divulgar toda la información médica solicitada por mi aseguradora de salud, Medicare, otros médicos o proveedores, y cualquier otro tercero pagador.
- **Divulgación de información:** Por la presente autorizo y solicito que **Orion Eye Center** divulgue a agencias gubernamentales, compañías de seguros u otras entidades responsables del pago de la atención médica y profesional, toda la información necesaria para respaldar la reclamación y el pago correspondiente.
- **Cobros:** Entiendo que, en caso de que mi cuenta sea enviada a cobranza, cualquier cargo adicional generado por esta acción se sumará a mi saldo pendiente. Esto incluye, entre otros, cargos por pago tardío,

honorarios de agencias de cobranza, costos judiciales, intereses y multas. Reconozco que estos cargos adicionales serán de mi exclusiva responsabilidad y deberé pagarlos en su totalidad. Comprendo que, en caso de incumplimiento, seré dado de baja como paciente y no podré recibir atención médica en el futuro.

- **Padres divorciados de pacientes:** Al firmar a continuación, el adulto que registre a un menor en nuestra clínica el día de la consulta acepta la responsabilidad del pago. Esta oficina no se compromete a enviar facturas ni registros al otro padre o tutor en relación con asuntos de pago o comunicación. Nos comunicaremos sobre el tratamiento y el pago únicamente con el padre o tutor que firme el registro ese día. Los padres son responsables de mantener la comunicación entre ellos respecto a los temas de tratamiento y pago.

Responsabilidad de pago: Entiendo que soy personalmente responsable ante **Orion Eye Center** por los cargos que no estén cubiertos por mis beneficios de seguro.

Leí la Política Financiera de la clínica y acepto cumplir con sus términos. Asimismo, entiendo y acepto que la clínica puede, de vez en cuando, modificar esos términos