

WELLISH VISION INSTITUTE
LASER & SURGERY CENTER

(702) 733-2020

PATIENT INFORMATION
(Información del Paciente)

PATIENT NAME (LAST) (APELLIDO NOMBRE)		(FIRST) (PRIMER)		(M.I.)		SSN (SEGURO SOCIAL):			
HOME PHONE (NÚMERO DE TELÉFONO)		CELL PHONE (CELULAR)		SEX (SEXO)		DATE OF BIRTH (FECHA DE NACIENTO)		AGE (EDAD)	
MARITAL STATUS (ESTADO MATRIMONIAL) <input type="checkbox"/> SINGLE (SOLTERO) <input type="checkbox"/> MARRIED (CASADO)		<input type="checkbox"/> DIVORCED (DIVORCIADO)		<input type="checkbox"/> WIDOWED (VIUDO)		<input type="checkbox"/> SEPARATED (SEPARADO)			
ADDRESS (DOMICILIO) (Include: APT#/ STE#/ TRAILER SPACE)						E-MAIL ADDRESS:			
CITY (CIUDAD)						STATE (ESTADO)		ZIP (CODIGO POSTAL)	
PATIENT'S EMPLOYER (POSICION DE TRABAJO See below if patient is a minor or unemployed) (Vea abajo si paciente es un menor)						OCCUPATION (TRABAJO)			
EMPLOYER'S ADDRESS (DOMICILIO DEL TRABAJO)						WORK PHONE (TELEFONO DEL TRABAJO)			
CITY (CIUDAD)						STATE (ESTADO)		ZIP (CÓDIGO POSTAL)	
WHO TO NOTIFY IN CASE OF EMERGENCY (Not living with you) (QUIEN NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA (No viviendo con usted))					PHONE (TELÉFONO)		RELATIONSHIP (RELACIÓN AL PACIENTE)		
ADDRESS (DOMICILIO)				CITY (CIUDAD)		STATE (ESTADO)		ZIP (CODIGO POSTAL)	
LOCAL PHARMACY NAME (Farmacia de su localidad)				PHONE (Telefono)		ADDRESS/CROSS STREETS (dirección/intersección de calles)			
PHARMACY MAIL ORDER SERVICE (Farmacia envios por correo)				PHONE (Telefono)		ADDRESS (dirección)			

SPOUSE OR PARENT INFORMATION
(Esposa/Esposo o información de tus padres)

NAME (LAST) (APELLIDO NOMBRE)		(FIRST) (PRIMER)		(M.I.)					
HOME PHONE (NUMERO DE TELEFONO)		CELL PHONE (CELULAR)		D.O.B. (FECHA DE NACIMIENTO)		SSN: (SEGURO SOCIAL)			
ADDRESS (DOMICILIO)				CITY (CIUDAD)		STATE (ESTADO)		ZIP (CODIGO POSTAL)	
EMPLOYER (POSITION DE TRABAJO)				OCCUPATION (TRABAJO)				WORK PHONE: (TELEFONO DEL TRABAJO)	
EMPLOYER ADDRESS (DOMICILIO D DEL TRABAJO)				CITY (IUDAD)		STATE (ESTADO)		ZIP (ODIGO POSTAL)	

INSURANCE INFORMATION
(Información de Seguro Medico)

NAME OF PRIMARY INSURANCE (NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO)		NAME OF SECONDARY INSURANCE (NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO)	
NAME OF INSURED OF PRIMARY INSURANCE (NOMBRE DEL ASEGURADO)		NAME OF INSURED OF SECONDARY INSURANCE (NOMBRE DEL ASEGURADO)	
DATE OF BIRTH OF INSURED (FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO)		DATE OF BIRTH OF INSURED (FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO)	
SSN OF INSURED OF PRIMARY INSURANCE (SSN DEL ASEGURADO)		SSN OF INSURED OF SECONDARY INSURANCE (SSN DEL ASEGURADO)	

The above information is complete and correct. *(La información probehida esta completa y correcta.)*

X _____
PATIENT SIGNATURE (FIRMA DEL PACIENTE)

X _____
DATE (FECHA) GUARANTOR SIGNATURE (FIRMA de GARANTE)

WELLISH VISION INSTITUTE

(702) 733-2020

KENT L. WELLISH, M.D.
JAY K. MATTHEIS, M.D.
MAZEYAR SABOORI, M.D.
KENNETH C. MCCANDLESS, O.D.
ALEXANDER CHOY, O.D.
ISAAC ORTIZ, O.D.

NOMBRE: _____ FECH DE HOY: _____

¿QUIÉN ES TU OPTÓMETRISTA? _____ DOMICILIO: _____
TELEFONO DE OPTÓMETRISTA : _____

¿QUIEN ES TU DOCTOR DE CABEZERA? _____ DOMICILIO: _____
FAMILY DOCTOR PHONE: _____

¿QUIÉN LOS REFIRIO A NUESTRA CLÍNICA? _____
¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMO EXAMEN MÉDICO? _____

¿POR QUÉ ESTÁS VISTO HOY? (Describe el problema de tus ojos):

POR FAVOR CIRCULE SÍ O NO EN TODOS LOS PROBLEMAS MÉDICOS SIGUIENTES

EMBOLIA	SI	NO	ATAQUE AL CORAZÓN	SI	NO
DOLOR DE CABEZA	SI	NO	PROBLEMA DE RITMO	SI	NO
DEBILIDAD	SI	NO	FALLA DEL CORAZÓN	SI	NO
DEPRESIÓN	SI	NO	ALTA PRESION SANGUINEA	SI	NO
PERDIDA DE OÍDO	SI	NO	SOPLO CARDÍACO	SI	NO
CORTOS DE RESPIRACION	SI	NO	COLESTEROL ALTO	SI	NO
ASMA	SI	NO	DIABETES	SI	NO
EMPHYSEMA / COPD	SI	NO	PROBLEMAS TIROIDEOS	SI	NO
ALERGIAS / FIEBRE DE HAY	SI	NO	CÁNCER	SI	NO
VIH / SIDA	SI	NO	ARTRITIS	SI	NO
HEPATITIS	SI	NO	DESORDEN SANGRANTE	SI	NO
HERPES	SI	NO			
HERPES / herpes labial	SI	NO	DIARREA CRÓNICA	SI	NO
PROBLEMAS DE RIÑÓN	SI	NO	CONSTIPACIÓN CRÓNICA	SI	NO
PROBLEMAS DE VEJIGA	SI	NO	ÚLCERAS	SI	NO
ENFERMEDAD DEL HIGADO	SI	NO	ERUPCIONES EN LA PIEL	SI	NO

POR FAVOR LISTA CUALQUIER CIRUGIA PASADA

¿Ha pasado la noche en el hospital en los últimos tres meses? SI NO
¿Ha tenido problemas con la anestesia en el pasado? SI NO
¿Se puede acostar boca arriba durante una hora sin molestias significativas o problemas respiratorios? SI NO

POR FAVOR, CIRCULE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES DE OJOS QUE HA EXPERIMENTADO

DESPRENDIMIENTO DE RETINA	SI	NO	CIRUGIA RETINAL	SI	NO
GLAUCOMA	SI	NO	OJO SECO	SI	NO
CIRUGÍA DE GLAUCOMA	SI	NO	LESIONES EN LOS OJOS	SI	NO
Cataratas	SI	NO	STIES / CHALAZIONS	SI	NO
DEGENERACIÓN MACULAR	SI	NO	CIRUGÍA DE CATARATAS	SI	NO
CIRUGIA DE REFRACCION	SI	NO	OJO VAGO	SI	NO
CIRUGÍA LASER	SI	NO	OJOS CRUZADOS	SI	NO

¿TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS DE LOS OJOS?

ARDIENTE	SI	NO	ROJEZ	SI	NO
ARENOSOS	SI	NO	COMEZÓN	SI	NO
DESCARGA MUCOSA	SI	NO	DESCARGA DE LENTES DE	SI	NO
OJOS CANSADOS	SI	NO	CONTACTO		

PREGUNTAS GENERALES DEL OJO

UTILIZAS LAGRIMAS LUBRICANTES SI NO ¿USAS LENTES DE CONTACTO? SI NO
 ¿QUE MARCA? _____ ¿CUÁNTO TIEMPO? _____

¿USAS LENTES? SI NO ¿HAS PROBADO LOS CONTACTOS ANTES? SI NO
 ¿CUÁNTO TIEMPO? _____

¿ALGUIEN EN LE FAMILIA A TENIDO?

CATARATAS	SI	NO	CEGUERA	SI	NO
TRASTORNOS RETINALES	SI	NO	GLAUCOMA	SI	NO
OJO VAGO	SI	NO	ESTRABISMO	SI	NO

LO HACES AHORA O LO HAS UTILIZADO

ALCOHOL	SI	NO	FRECUENCIA _____
TABACO	SI	NO	FRECUENCIA _____
DROGAS	SI	NO	FRECUENCIA _____

SITUACIÓN DE VIDA

¿ESTÁS RESIDENTE?: CASA APARTAMENTO CON FAMILIA AMIGOS SOLO
 ERES TÚ: CASADO (A) SOLTERO DIVORCIADO

MEDICAMENTOS ACTUALES

DOSIS

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alguna vez has tenido una reacción alérgica
 ¿A CUALQUIER MEDICINA (S)? Si es así,
 lista

* ¿Usa aspirina, plavix, coumadin u otro anticoagulante?

SI NO

* ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica al látex?

SI NO

 FIRMA DEL PACIENTE

 FECHA

Liberación de información

Ponga a cualquier persona con quien quiera que compartamos su información médica protegida.

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. El Aviso contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que se utiliza o divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted y su representante dan su consentimiento para que utilicemos y divulguemos su información médica protegida para su tratamiento, pago, atención médica y otras operaciones permitidas por HIPAA. Usted tiene el derecho de revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho con respecto a su Consentimiento anterior. La Práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que:

- La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- La Práctica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar este Aviso.
- La Práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Políticas de Privacidad. La práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las revelaciones futuras cesarán.
- La Práctica puede condicionar el tratamiento a la ejecución de este Consentimiento.

Nombre del paciente _____

Firma del paciente _____

Los pacientes que deseen seleccionar a una persona(s) para que los represente en el cuidado deben proporcionar el nombre y la firma de sus representantes designados a Wellish Vision Institute. El acceso a la información del paciente estará disponible para aquellas personas cuyas firmas estén en este formulario.

Nombre del representante solicitado por el paciente _____

Relación con el paciente _____

Firma del Representante _____

Fecha: _____

En frente de _____

Nombre escrito: Representante de la práctica



WELLISH VISION INSTITUTE
LASER & SURGERY CENTER

Políza de Gafas en Wellish Vision Institute

En Wellish Vision, nos enorgullece brindarles a nuestros pacientes lo mejor en atención médica y quirúrgica de la vista.

Sin embargo, nos damos cuenta de que no somos expertos en lentes o lentes de contacto. Por este motivo, aunque podemos realizar una refracción con fines médicos, nos gusta dejar claro a nuestros pacientes que no prescribimos anteojos o lentes de contacto.

Hay muchos doctores expertos en optometría que hacen un trabajo excelente en la prescripción de lentes.

Nos complacerá proporcionarle una referencia a uno o varios expertos para gafas o lentes de contacto en su área, a petición suya o después de su cirugía si se realiza una cirugía con uno de nuestros médicos.

Esta políza nos permite enfocarnos en lo que somos los mejores, al mismo tiempo le ofrecemos excelentes alternativas para lentes y servicios de lentes de contacto que otros están mejor preparados para brindarle..

Si cree que entiende y está de acuerdo con nuestra políza, firme a continuación.

Si no está de acuerdo con esta políza, con gusto lo remitiremos a la Sociedad Médica del Condado de Clark para un profesional alternativo del cuidado de los ojos que pueda satisfacer sus necesidades. Su número de contacto es(702) 739-9989 y su sitio web es info@clarkcountymedical.org.

¡Gracias!

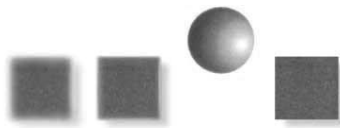
Entiendo y acepto que mi atención oftalmológica en Wellish Vision no incluye recibir una receta, pero que si necesito anteojos, los médicos y el personal me proporcionarán una referencia para un examen y anteojos por parte de un proveedor de atención ocular calificado.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

El día de hoy: ____/____/____

v. 1/10/2019



WELLISH VISION INSTITUTE
LASER & SURGERY CENTER

AUTORIZACIÓN DE SEGURO POR VIDA

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar las reclamaciones de seguros para mí o para mi dependiente cuyo nombre aparece más adelante, solicito, autorizo y pago directo de los beneficios del gobierno según la ley XVIII de la seguridad social u otros beneficios pagaderos según mi plan de seguro (s) directamente al proveedor nombrado. Wellish Vision Institute para mí o para mi dependiente nombrado a continuación. Estoy de acuerdo en pagar el saldo de los gastos no pagados bajo mis planes de seguro. También entiendo que esta autorización se mantendrá con mis registros médicos. Por la presente, hago a Wellish Vision Institute mi representante autorizado para que actúe en mi nombre para obtener pagos de seguro y para que sirva como mi representante para obtener los beneficios del contrato de mi proveedor de seguros.

FECHA: _____

Firma del asegurado o parte responsable

IMPRIMIR - Nombre del asegurado o parte responsable

POLÍZA DE RECOLECCIÓN

Yo, (Nombre del paciente) _____, por la presente, acepto ser financieramente responsable de todos los cargos incurridos independientemente de la cobertura del seguro. En el caso de que mi cuenta sea derivada a un servicio de cobro debido a la falta de pago de mi parte, acepto pagar todos los honorarios legales / cobro que se pueden agregar a mi cuenta, incluidos, entre otros, un cargo financiero del 1.5% a mes (18% TAE). Si mi cuenta se paga en exceso y el crédito es menor a \$ 2.00, no se emitirá un cheque de reembolso debido a los gastos de manejo.

Cheques devueltos: se cobrará una tarifa NSF de \$ 25.00 por cheques devueltos inicialmente sin pagar por su banco. Si el mismo cheque se devuelve sin pagar por segunda vez, puede ser remitido a un servicio de recolección para su recuperación.

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE PACIENTES

Los pacientes que deseen seleccionar a una persona (s) para que los represente en el cuidado deben proporcionar el nombre y la firma original de sus representantes designados a Wellish Vision Institute.
¡El acceso a la información del paciente estará disponible para aquellas personas cuyos nombres se encuentran en este formulario!Patient

Representante: _____ Relación con el paciente: _____

Firma de Representantes: _____ Fecha: ____/____/____

Testigo: _____