

Matthew L. Hecht, M.D.
Informacion del Nuevo Paciente
(Por favor escriba claramente en letra de molde)

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____-____-____ **Edad:** _____
Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Direccion: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

No. de telefono de la casa: _____ **No. de telefono de celular:** _____

Soltero Casado Otro _____ **Sexo:** M F **No. de Seguro Social:** ____-____-____

Direccion de correo electronico: _____ **No. de Licencia:** _____

Raza: (Seleccione todos que apliquen)

- Amerindio o Nativo de Alaska Asiático Afro-Americano
 Isleño Del Pacifico Latinoamericano Blanco Negarse A Especificar

Etnicidad: (Seleccione todos que apliquen)

- Afro-Americano Americano Amerindio Chino
 Euroamericano Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconocido
 Negarse A Especificar

Idiomas Principales Habladas:

- Ingles Frances Aleman Italiano Japones
 Portugués Ruso Español Negarse A Especificar
 Otro _____

A quien debemos agradecerle por habernos recomendado?

- Familia / Amigo Doctor Seguro
 Guia Telefonica Personal Internet Otro: _____

Empleador: _____ **Ocupacion:** _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

No. de telefono del trabajador: _____ Ext.: _____

Persona responsable de su cuenta

Nombre de la persona responsable de su cuenta: _____

Relacion con el paciente: _____

Nombre del empleador: _____ No. de telefono del trabajo: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

No. de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____ - _____ - _____

Medico de Atención Primaria: _____ No. de telefono: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Contacto de Emergencia: _____ No. de telefono: _____

Contacto de Emergencia: _____ No. de telefono: _____

AUTHORIZACION Y ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO

Doy mi consentimiento y autorizo el rendimiento de todos los tratamientos, cirugias y atencion medica por los medicos y el personal que considere conveniente. Proporcionare informacion relativa a todas las solicitudes de beneficios presentados en mi nombre y/o de mis dependientes. Por lo presente asigno todos los pagos por los servicios médicos prestados o dispositivos que se prestarán. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos que no estén cubiertos por mi seguro. Una fotocopia de esta autorizacion sera considerada como efectiva y valida como la original.

Firma: _____ **Fecha:** _____ **Relación:** _____

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MEDICO

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento _____ Fecha del ultimo examen de ojos _____

Por favor liste cualquier **medicamentos** que esté tomando: _____

¿Tiene **alergia** a algun medicamento? **SI NO**
 por favor liste los medicamentos si respondió SI: _____

Liste todas **enfermedades principales** (glaucoma, diabetes, presión alta, ataque del corazón, etc.) o lesiones (conmoción cerebral, etc.) _____

Liste las **cirugías** que a tenido (cataratas, apendectomía) _____

Tiene **actualmente** problemas en las siguientes áreas? En caso afirmativo, por favor proporcione información adicional.

	SI	NO	Detalles
OJOS (mala visión, dolor de ojos, lagrimeo,rojez,etc.)			
GENERAL (fiebre, golpe de calor, pérdida de peso, aumento de peso, cansancio inusual)			
OIDOS, NARIZ, GARGANTA (problemas de audición, nariz congestionada, dolor de oído, toz, boca seca, etc.)			
CARDIOVASCULAR (alta presión, pulso acelerado, etc.)			
RESPIRATORIO (congestión, sibilancias, falta de aliento, etc)			
GASTROINTESTIONAL (malestar estomacal, diarrea, estreñimiento, hernia, úlceras, etc.)			
GENITAL, RIÑÓN, VEJIGA (dolor al orinar, micción frecuente, impotencia, ictericia, etc.)			
MUJERES ¿Está embarazada? ¿Amamantando?			
MUSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES (dolor en las articulaciones, rigidez, hinchazón, calambres, artritis, etc.)			
PIEL (espinillas, verrugas, crecimientos, comezón, etc.)			
NEUROLOGICO (entumecimiento, dolor de cabeza, incautación, parálisis, etc.)			
PSIQUIATRICO (ansiedad, depresión, insomnio)			
ENDOCRINO (diabetes, hipotiroidismo, etc.)			
SANGRE/GANGLIOS (sangradura, colesterinemia, anemia, problemas relacionadas con la transfusión de sangre)			
ALERGICO/INMUNOLÓGICA (estornudo, hinchazón, rojez, comezón, urticaria, lupus, etc.)			

ANTECEDENTES FAMILIARES

(Madre, Padre, Abuelos, Hermanos)

¿Algún familiar a tenido las enfermedades siguientes? (circule todos que apliquen) SI NO DESCONOCIDO

Ceguedad, Cataratas, Glaucoma, Diabetes, Hipertensión, Enfermedad del Corazón, Derrame Cerebral, Cáncer, Enfermedad de la Tiroides, Artritis, Otro: _____

HISTORIAL SOCIAL

¿Su visión limita cualquier actividad diaria (el manejo, leer, deportes, trabajo, etc.)? SI NO

¿Ha tenido una transfusión de sangre? SI NO

¿Toma alcohol?..... SI NO ¿Cuánto? _____

¿Fuma?..... SI NO ¿Cuánto? _____ ¿Por cuantos años? _____

Physician's signature: _____

Date: _____



MATTHEW L. HECHT, M.D.

Board Certified Ophthalmologist
Assistant Clinical Professor, UCLA

□ **South Bay:**
4161 Redondo Beach Blvd, Fl 3
Lawndale, CA 90260
(310) 370-5648
Fax: (310) 370-0449

□ **Beverly Hills:**
9001 Wilshire Blvd. Ste 306
Los Angeles, CA 90211
(310) 273-3014
Fax: (310) 273-6956

□ **Marina Del Rey:**
3019 Washington Blvd.
Marina del Rey, CA 90292
(310) 577-6600
Fax: (310) 577-6601

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Medicare y/ o cualquier otro seguro

Autorizo pago de mis beneficios médicos, quirúrgicos y de visión a Hecht Eye Institute. Autorizo a esta oficina para liberar cualquier información necesaria para procesar todas las reclamaciones para reembolso en mi nombre. Por encima de los proveedores de participar con los seguros Medicare y otros seguros; por tanto yo entiendo que YO SOY responsable de los deducibles, co-pagos, y servicios no cubiertos. Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos efectuados si mi seguro no paga. Una copia de esta autorización puede ser utilizada en lugar del original.

Firma del Paciente _____
(Firma de tutor para los menores de edad)

Fecha _____

LA REFRACCION Y LA POLITICA DE LENTES DE CON TACTO

Una refracción es una medida de la necesaria potencia del lente para prescribir gafas o una lente correctiva necesaria. La mayoría de los planes de seguros médicos, incluyendo Medicare, no cubren las refracciones de los exámenes rutinarios de la vista (donde no hay problema de vista médico se sabe o se sospecha), o las evaluaciones de lentes de contacto. Si usted está interesado en una nueva receta para gafas o lentes de contacto por favor informe al personal de la oficina de manera que un control adecuado se pueda realizar.

Firma del Paciente _____

(Firma de tutor de los menores de edad)

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. LEA CUIDADOSAMENTE

La Ley de Seguros de Salud y Responsabilidad de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que requiere que todos los expedientes médicos y otra información médica personal utilizada o revelada por nosotros en cualquier forma, ya sea por vía electrónica, en papel o por vía oral, se mantenga adecuadamente confidencial. Esta ley le da a usted, el paciente, nuevos derechos importantes para comprender y controlar como se usa su información de salud.

"HIPAA" establece sanciones para las entidades cubiertas que hacen mal uso de información personal de salud. Como lo requiere la "HIPAA", hemos preparado esta explicación de como estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica y cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud.

Podemos usar y divulgar su historia clínica únicamente para cada uno de los siguientes, propósitos: tratamiento, pago, y atención médica.

- Tratamiento significa proporcionar, coordinación o administración de la atención médica y servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. Un ejemplo de esto sería un examen físico.
- Pago significa actividades como la obtención de reembolso de los servicios, confirmando la cobertura, la facturación o las actividades de recopilación y revisión de utilización. Un ejemplo de esto sería el envío de facturación para su visita a su compañía de seguros para el pago.
- Las operaciones de atención médica incluyen los aspectos del negocio que ejecutan nuestra clínica, como la evaluación de calidad y actividades de mejora, las funciones de auditora, análisis de gestión de costes, y servicio al cliente. Un ejemplo podría ser un examen interno de evaluación de calidad.

Además podemos crear y distribuir información de salud des-identificado con la eliminación de todas las referencias a la información individualmente identificable

Podemos comunicarnos con usted para recordarle de sus citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. :

Cualquier otro uso o divulgación se hará solo con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a honrar y cumplir con esa solicitud por escrito, excepto en la medida en que ya hemos tomado acciones que dependen de su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida, que se puede ejercer presentando solicitud por escrito al Oficial de Privacidad:

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluyendo los relacionados con la divulgación a miembros de la familia, otros parientes, amigos cercanos, o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no requiere que aceptemos una restricción solicitada. Si estamos de acuerdo con una restricción, debemos cumplir con él a menos que usted esté de acuerdo por escrito para quitarla.
- El derecho a las solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en lugares alternativos.
- El derecho a aspecto y a copiar su información de salud protegida.
- El derecho de enmendar su información de salud protegida.
- El derecho de recibir una contabilidad de divulgaciones de información médica protegida.
- El derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nosotros bajo petición.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Entiendo que, bajo la Ley de Seguros y Responsabilidad de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información medica protegida. Entiendo que esta información puede y ser usado para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en ese tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar las operaciones normales de salud, tales como las evaluaciones de calidad y certificaciones medicas.

He sido informado por su ustedes de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Se me ha dado el derecho de revisar dicho Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de Practicas de Privacidad

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restringe como es usada y revelada mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención medica. También entiendo que no están obligados a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si están de acuerdo, entonces están obligados a cumplir con tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que usted ha tomado acción confiando en este consentimiento.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

Relación al Paciente (si aplicable): _____

Fecha: _____

MATTHEW L. HECHT, M.D.
OPHTHALMOLOGY
4161 REDONDO BEACH BOULEVARD, 3RD FLOOR
LAWNDALE, CALIFORNIA 90260
(310) 370-5648

AUTORIZACION PARA LA PUBLICACION DE SU ARCHIVO

Yo, _____, autorizo a HECHT EYE INSTIUTE a proporcionar toda la información a
_____ sobre esta enfermedad.
(NOMBRE DE COMPANIA DE SEGURO O DOCTOR)

Fecha _____

Firma _____

**** Firmando este documento autoriza la devolución de su archivo
as su doctor o a su seguro designada. Ningún documento será publicado
sin su consentimiento. *****