Bienvenidos

Gracias por seleccionar nuestro cuidado de la salud! Nos esforzaremos por ofrecerle el mejor cuidado de la salud posible. Para ayudarle a darle el mejor cuidado de la salud por favor llene esta forma completamente con tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia por favor preguntenos, estaremos gustosos de ayudarle.

Paciente # _____
Seguro Social # _____
Fecha _____

Informacion Requerida Por El Paciente (CONFIDENCIAL)

Nombre De El Paciente _____ *Fecha de Nacimiento* _____ *Telefono* _____

Direccion _____ *Ciudad* _____ *Estado* _____ *Zona Postal* _____

Favor de Marcar Segon Le Corresponda: ☐ *Menor* ☐ *Soltero(A)* ☐ *Casado(A)* ☐ *Divorciado(A)* ☐ *Viudo(A)* ☐ *Separado(A)*

Sexo F M

Si usted es estudiante, nombre de escuela o colegio _____ *Ciudad* _____ *Estado* _____ *Zona Postal* _____

Nombre de trabajo de el paciente o tutor _____ *Telefono* _____

Direccion _____ *Ciudad* _____ *Estado* _____ *Zona Postal* _____

Nombre de Esposa o Esposo _____ *Nombre de trabajo* _____ *Telefono* _____

Referido por _____

Conquien comunicarse en caso de emergencia _____ *Telefono* _____

Persona Responsable

Nombre de la persona responsable por esta cuenta _____ *Relacion con el paciente* _____

Direccion _____ *Telefono* _____

Numero de Licencia _____ *Fecha de nacimiento* _____ *Institucion Financiera* _____

Ocupacion _____ *Nombre de trabajo* _____ *Telefono* _____ *Seguro Social* _____

Ha Visitado usted esta oficina antes ☐ *Si* ☐ *No*

Informacion De Aseguranza

Nombre del asegurado _____ *Relacion con el paciente* _____

Fecha de nacimiento _____ *Securo Social #* _____ *Fecha de enrolamiento* _____

Nombre de trabajo _____ *Union or Local #* _____ *Telefono* _____

Direccion de trabajo _____ *Ciudad* _____ *Estado* _____ *Zona Postal* _____

Nombre de Aseguranza _____ *Numero de grupo* _____ *Numero de plan* _____

Direccion de Aseguranza _____ *Ciudad* _____ *Estado* _____ *Zona Postal* _____

Cuanto es su deductible? _____ *Cuanto Ha Usado?* _____ *Max. Beneficio Annual* _____

SI USTED TIENE OTRA ASEGURANZA, FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION:

Nombre del asegurado _____ *Relacion con el paciente* _____

Fecha de nacimiento _____ *Securo Social #* _____ *Fecha de enrolamiento* _____

Nombre de trabajo _____ *Union or Local #* _____ *Telefono* _____

Direccion de trabajo _____ *Ciudad* _____ *Estado* _____ *Zona Postal* _____

Nombre de Aseguranza _____ *Numero de grupo* _____ *Numero de plan* _____

Direccion de Aseguranza _____ *Ciudad* _____ *Estado* _____ *Zona Postal* _____

Cuanto es su deductible? _____ *Cuanto Ha Usado?* _____ *Max. Beneficio Annual* _____

Yo autorizo el permiso de otorgar informacion referente a mi persona de otorgar informacion sobre mi y mis hijos sobre el cuidado de salud, tratamientos y examenes proporcionados con el proposito de evaluar y administrar beneficios de aseguranza tambien otorgo el permiso de que el pago de mi aseguranza se ha directo al doctor estoy consiente y me responsabilizo por pagar todos los servicios otorgados. Estoy consiente de que mi aseguranza no siempre cubre el costo total por todos los servicios medicos.

X _____ _____

Firma del paciente (Padre o tutor) si es menor *Fecha*

Nombre De El Paciente	**HISTORIA MEDICA**
Numero De Cuenta Del Paciente	Alergia Medical

Favor de contestar la siguiente informacion sobre su historia medica

Ha Estado usted bajo cuidado medico en los ultimos 2 años? ❒ SI ❒ NO

Nombre de el doctor que lo(A) atendio _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Telefono _____

1. Ha estado usted bajo tratamiento medico para los siguientes: _____
   Diabetes, Alta Presion, Artritis, etc.? ❒ SI ❒ NO Si es SI, favor de esplicar: _____

2. Ha tenido usted emfermedad, cirugía, rayos laser en los ojos (Glacoma, cataratas, ojoflojo, desprendimiento de la retina)?
   ❒ SI ❒ NO Si es SI, esplique: _____

3. Esta tomando medicamentos ❒ SI ❒ NO Si es SI, haga una lista: _____

4. Es usted alergico algun medicamento ❒ SI ❒ NO Si es SI, haga una lista: _____

5. Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas

	SI	NO	Si es SI, favor de esplicar:
Fiebre cronica, aumento o perdida de peso, fatiga	❒	❒	
Problemas de oidos nariz, Garganta (Perdida de audiencia)	❒	❒	
Problemas de sinusitis, ampoyas de fiebre	❒	❒	
Problema del corazon dolor de pecho, latido irregular	❒	❒	
Problemas respiratorios, falla de dificultad respiratoria asma, bronquitis	❒	❒	
Gastritis intestinal, acidez gastrica, dolor abdominal, diarrea	❒	❒	
Problemas de orina, dolor, malestar, infeccion de la vejiga	❒	❒	
Emfermedad de la piel, resequedad del eczema, dermatitis	❒	❒	
Problemas de musculos.... Dolor del musculo artritis tejidos o tobillos inflamados	❒	❒	
Problemas de neurologia.... Adormecido, debil, paralisis, dolor de cabeza	❒	❒	
Problemas mentales, siquiatricos.... Depresion ansiedad	❒	❒	

6. Hay historia de emfermedad en los ojos en su familia? Diabetes, alta presion, cancer, glacoma, cataratas ❒ SI ❒ NO
   Esplique porfavor: _____

7. ❒ Fuma? ❒ SI ❒ NO cuanto? _____ ❒ Toma alcohol ❒ SI ❒ NO cuanto? _____
   ❒ Maneja ❒ Usa lentes? ❒ Usa lentes de contacto (Pupilentes)

8. Mujer esta usted embarazada? ❒ SI ❒ NO Meses # _____

❒ Medico que la entrevisto Comentarios: _____

Firma De El Doctor _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo entiendo que esta informacion es necesaria para proporcionar me un cuidado de salud seguro en una manera profesional. He contestado todas las preguntas a mi mejor conocimiento. Si mas informacion ha de ser requerida tienen mi permiso de obtenerla de mi aseguranza. He de notificar a mi doctor si hay cambios de mi salud en mi medicamentos.

Yo autorizo al doctor de efectuar todos los tratamientos recomendados consentidos por mi para emplear la asistencia requerida para proporcionar mi cuidado de salud.

Yo me responsabilizo por todos los pagos por mi persona y mi familia. Yo entiendo que la suma se paga al final de la cita a menos de que hayga otros arreglos. Yo estoy consiente que si no pago a tiempo $5.00 dollares seran agregados a mi cuenta por mes.

Paciente _____ Fecha _____ Testigo _____

Padre o tutor de el Paciente _____ Relacion con Paciente _____

Laser Vision CORRECTION

ROBERT A. INNOCENZI, D.O., INC.
Eye Physician & Surgeon • Board Certified Ophthalmologist
USC Doheny Laser Eye Centers

EXAMENES DE OJOS CON DILATACION

Un examen de ojos completo consiste de una gota para dilatar la pupila. Esta gota permite al doctor/a examinar detrás de los ojos para un examen completo.

Usted estará sensible a la luz/sol y su vista estará borrosa por las próximas cuatro a seis horas. Esto puede afectar su habilidad al manejar.

Firma_____ Fecha_____

13521 Sherman Way, Suite I
Van Nuys, CA 91405
(818) 988-4450
Fax (909) 988-4485

12555 Central Ave., Suite H
Chino, CA 91710
(909) 590-2073
Fax (909) 590-2457

13867 Foothill Blvd., Suite 108
Sylmar, CA 91342
(818) 362-5888
Fax (818) 364-8566

Laser Vision Correction

ROBERT A. INNOCENZI, D.O., INC.

Eye Physician & Surgeon • Board Certified Ophthalmologist
USC Doheny Laser Eye Centers

Acknowledgement of the Use and Disclosure of your Health Information
For Treatment, Payment and/or Healthcare Operations

I understand as part of my health care, Dr. Robert A. Innocenzi maintains paper and/or electronic records describing my health history, symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment and any future care or treatment. This information serves as the following:

- The means of planning my care and treatment
- Communication among the health professions that contribute to my care
- Information for applying my diagnosis and treatment to obtain payment for service rendered.
- Third party payers can verify that services billed were actually provided

I have been provided with a **Notice of Privacy Practices** that gives a more complete description of the information, uses and disclosures.

I understand that Dr. Robert A. Innocenzi reserves the right to change his notice and practices prior to implementation, with accordance to section 164.520 of the Code of Federal Regulations. If Dr. Innocenzi changes his notice, I may obtain a revised copy by contacting his compliant officer.

I understand that as a part of this office's treatment, health care, payments, it may become necessary to disclose my health information to another entity and I consent such disclosure for these uses, including disclosures via facsimile.

I understand the information listed above and consent to such information being disclosed for these uses including sending information via facsimile.

_____ _____
Patient's or Representative's Signature Date

_____
Relationship to Patient

A copy of the full Notice of Patient Privacy Act is available upon request.

12555 Central Ave., Suite H
Chino, CA 91710
(909) 590-2073
Fax (909) 590-2457