

Bienvenidos

Gracias, 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.

Informacion Requerida Por El Paciente (CONFIDENCIAL)

Paciente # _____

Seguro Social # _____

Fecha _____

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 _____

Con quien 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 _____ Seguro 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 deducible? _____ 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 _____ Seguro 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 deducible? _____ 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 exámenes 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 Prasion, Artritis, etc.? SI NO Si es SI, favor de explicar: _____

2. Ha tenido usted enfermedad, cirugia, rayos laser en los ojos (Glacoma, cataratas, ojofojo, desprendimiento de la retina)?

SI NO Si es SI, explique: _____

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 do los siguientes problemas SI NO Si es SI, favor de explicar:

Fiebre cronica, aumento o perdida de peso, fatiga _____

Problemas de oidos nariz, Garganta (Perdida da audienca) _____

Problemas de sinusitis, ampozas 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 _____

Enfermedad 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, siquiaticos Depresion ansiedad _____

6. Hay historia de enfermedad 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 lentas dc contacto (Pupilentes)

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

Medico qué 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. Ha 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 qua hayga otros arreglos. YO estoy consiente que si no pago a tiempo \$5.00 dolares seran agregados a mi cuenta por mes.

Paciente _____ Fecha _____ Testigo _____

Padre o tutor de el Paciente _____ Relacion con Paciente _____



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 _____

ROBERT INNOCENZI, D.O.
13197 CENTRAL AVE., STE 101
CHINO, CA 91710
(909) 590-2073

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

ACUERDO FINANCIERO

Entiendo que soy un miembro elegible con mi plan de salud y he seleccionado **Dr. Robert A. Innocenzi** como mi proveedor de mi persona o mi dependiente.

Responsabilidad Financiera: Usted es responsable de todos los cargos asociados con su visita por ti mismo o dependiente. Le factura a su compañía de seguros a proporcionarnos toda la información solicitada.

~~Su firma en este formulario reconoce que acepta la responsabilidad financiera total sobre cualquier deducible, co-pagos, co-seguro y servicios no cubiertos.~~ Servicios no cubiertos incluyendo/pero no se limita a la siguiente:

- * Servicios para los cuales no fueron elegibles en esa fecha de servicio.
- * Servicios que no son un beneficio cubierto bajo el Plan de salud.
- * Servicios que no han sido aprobados para el pago de su Plan de salud.

Cobros: Pacientes con saldos pendientes se facturan mensualmente. Todos los saldos vencen dentro de 30 días desde la fecha de facturación. Todos los saldos pendientes deberán pagarse antes de los futuros servicios que prestados.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

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.