



FORMULARIOS PARA PACIENTES NUEVOS

Completar sus formularios para pacientes nuevos antes de su cita garantiza una cita oportuna y un proceso sin problemas el día de su visita con nuestros especialistas. **Complete este paquete antes de su visita.**

DOS FORMAS CONVENIENTES DE COMPLETAR



IMPRIMA y entregue a nuestro personal de recepción en la fecha de tu cita



CORREO ELECTRÓNICO después de la finalización a info@jaffeeye.com

Si tiene alguna pregunta antes de su visita, no dude en llamarnos al 305-945-7433

Emery Jaffe M.D. | Gary Jaffe M.D. | Dr. Adriana Saker | Dr. Ronald Glatzer

2801 NE 213 St, Ste 1006
Aventura, FL 33180
Phone: 305-945-7433
Fax: 305-933-0895

5130 Linton Blvd, Ste D1
Delray Beach, FL 33484
Phone: 561-499-0232
Fax: 561-499-0335

182 NE 168th Street, North
Miami Beach, FL 33162
Phone: 305-651-4300
Fax: 305-651-0701

PATIENT INFORMATION

FECHA DE HOY

NOMBRE

DIRECCION

CIUDAD

CODIGO POSTAL

NUMERO DE TELEPHONO PRINCIPAL

NUMERO DE TELEPHONO SECUNDARIO

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

GENERO: HOMBRE HEMBRA

IDIOMA PRINCIPAL QUE USTED HABLA

CORREO ELECTRONICO

EMPLEADOR

NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO

CONYUGE

NUMERO DE TELEFONO DEL CONYUGE

PARIENTE MAS CERCANO

NUMERO DE TELEFONO DEL PARIENTE MAS CERCANO

INFORMACION DEL SEGURO

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

(SI PROCEDE) NUMERO DE MEDICARE

OTRO SEGURO

NUMERO DE POLIZA

NUMERO DE GRUPO

PLAN DE SEGURO: PPO HMO

MEDICO PRIMARIO

NUMERO DE TELEFONO

NUMERO DE FAX

QUE FARMACIA USAS?

NUMERO DE TELEFONO

NUMERO DE FAX

HISTORIAL OCULAR

ULTIMO EXAMEN OCULAR

USAS: GAFAS LENTES DE CONTACTO

CIRUGIA OCULAR: SI NO

ENLISTE PROCEDIMIENTOS/TRATAMIENTOS

TIENE HISTORIA DE:

- Glaucoma De Prendimi Ento de Retina
 Cruzado/Ojo Perezoso Degeneracion Macular
 Catarata

POR FAVOR ENLISTE CUALQUIER OTRO PROBLEMA MEDICO NO MENCIONADO

HISTORIA QUIRURGICA

TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DE:

- Glaucoma De Prendimi Ento de Retina
 Cruzado/Ojo Perezoso Degeneracion Macular
 Catarata

HISTORIAL MEDICO

Diabetes SI NO

Presion Alta SI NO

Cardiopatía SI NO

Fumas Actualmente SI NO

Asma/Problemas Respiratorios SI NO

Problemas de la Tiroides SI NO

Alergias SI NO

SI ES ASI, POR FAVOR DE ENLISTAR

AVISO IMPORTANTE A NUESTROS PACIENTES

Esto le servirá de aviso de que usted ha sido debidamente advertido que su visión puede ser deteriorada temporalmente después de su examen de la vista hoy o durante las visitas subsecuentes a nuestra oficina. Las jotas dilatadoras se pueden utilizar durante el curso de su examen para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de diversos procesos patológicos que afectan a los ojos. El uso de estas gotas, así como otros métodos de examen y tratamiento puede hacer que su visión se desdibuje durante un periodo de tiempo variable, lo que interfiere con su capacidad para operar con seguridad un vehículo motorizado. Siempre que sea posible, usted debe venir a la oficina con un conductor. Si su visión esta borrosa, por favor no intente conducir. Deberías esperar en nuestra oficina hasta que tu visión vuelva a la normalidad. Si es necesario, nuestro personal de oficina puede ayudarle a organizar el transporte alternativo.

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

LA FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

LA FECHA

AVISO IMPORTANTE A LOS PADRES Y TUTORES LEGALES

Entiendo que los ojos de mi hijo pueden estar dilatados. Esto podría perjudicar su visión, tal que la escalada, el ciclismo y otras actividades podrían ser potencialmente peligrosas y deben evitarse hasta que la visión vuelva a la normalidad.

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE

NOMBRE IMPRESO DEL PADRE/GUARDIÁN

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN

LA FECHA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

FIRMA DEL TESTIGO

LA FECHA

RECIBE DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

¿Le gustaría una copia de las prácticas de privacidad del Instituto Jaffe Eye? SI NO

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR / PARA MEDICARE, AUTORIZACIÓN DE POR VIDA

Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgarla a mi compañía de seguros y, para Medicare / Blue Cross / Blue Shield, a la Administración del Seguro Social y la Administración de Financiamiento de la Atención Médica o sus intermediarios o proveedores o al agente de facturación de Blue Cross / Blue Shield of Florida, cualquier información necesaria para este o un seguro o reclamo relacionado. Permiso que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Además, autorizo el pago de los beneficios del seguro médico y / o quirúrgico, pagaderos a mí, a la parte que acepta la asignación. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos que no pague mi seguro.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

OTRA FIRMA / RAZÓN, SI EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR

FECHA

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que soy financieramente responsable de todos y cada uno de los saldos impagos que no estén cubiertos por mi seguro. También entiendo que, **EN EL MOMENTO DEL EXAMEN**, se espera que yo pague todos los Copagos y otros cargos que se conocen como tarifas que no están cubiertas por mi seguro.

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

ATENCIÓN TODOS LOS PACIENTES ELEGIBLES PARA MEDICARE

Certifico que estoy **NO** actualmente inscrito o afiliado a CUALQUIER HMO; Y que Medicare es mi proveedor de atención primaria de salud.

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

**SI USTED TIENE UNA INCAPACIDAD QUE PUEDE REQUERIR
ATENCIÓN ESPECIAL O SERVICIOS, POR FAVOR DE PROPORCIÓN
UNA DESCRIPCIÓN GENERAL DE SUS NECESIDADES:**

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

LA FECHA

0

He leído, entiendo y reconozco que no tengo incapacidades que pueden requerir atención o servicios especiales.

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

LA FECHA

Por favor, tómese unos momentos para decirnos como se enteró de nosotros. Su respuesta es muy apreciada. ¡Gracias!

- Familia/Amigo - El nombre de la persona que lo refirió: _____
- Facebook/Twitter
- Médico de cabecera o Especialista
- Google
- El sitio web
- Otro: _____

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

LA FECHA

LISTA DE MEDICAMENTOS

Llene los espacios en blanco con **todos** los medicamentos que toma, incluyendo sobre los medicamentos de venta libre, vitaminas y hierbas. Si es necesario, puede utilizar la parte posterior de este formulario. Si tiene una lista ya completada, puede adjuntar una copia a este formulario.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (Pastillas, inhaladores, inyecciones etc.)	LA DOSIS (miligramos, mililitros, % etc.)	DIRECCIONES (Una vez al día etc.)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

REFRACCIONES

Se me ha informado que las refracciones realizadas en Jaffe Eye Institute **NO** son un servicio cubierto por mi compañía de seguros actual.

Este servicio es un servicio con descuento de Humana cuando se realiza en la ubicación de un proveedor de Optometría participante.

Elijo pagar este servicio para que se realice en Jaffe Eye Institute. Entiendo que la tarifa por este servicio es de **\$75 dólares** y se debe de pagar en el momento en que se presta el servicio.

También entiendo que las ubicaciones de los proveedores de optometría de Humana no aceptaran la receta de Jaffe Eye Institute para lo compra de lentes.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA