

RETINA HEALTH INSTITUTE S.C.

Visión redefinida

2320 N Huntington Rd., Algonquin, IL, 60102

847-488-1030 (Oficina) 847-488-0677 (Fax)

www.retinahealthinstitute.com

APELLIDO:	NOMBRE:	DOB:
------------------	----------------	-------------

MOTIVO DE LA VISITA: *(Por favor, cuéntenos un poco sobre su visita de hoy)*

Historial médico personal

Condición	Sí	No	Comentarios
CONSTITUCIONAL <i>por ejemplo, fiebre, golpe de calor, pérdida de peso, aumento de peso, cansancio inusual, etc.</i>			
OÍDO/NARIZ/GARGANTA <i>por ejemplo, problemas de audición, congestión nasal, dolor de oído, tos, boca seca, etc.</i>			
CARDIOVASCULAR <i>por ejemplo, presión arterial alta, pulso acelerado, dolor en el pecho, intolerancia al ejercicio, etc.</i>			
PULMÓN (RESPIRATORIO) <i>por ejemplo, congestión, sibilancias, dificultad para respirar, tos productiva/sanguínea, asma, etc.</i>			
GASTROINTESTINAL <i>por ejemplo, malestar estomacal, diarrea, estreñimiento, hernia, úlceras, dolor/calambres, reflujo ácido, etc.</i>			
MUSCULOESQUELÉTICO <i>por ejemplo, dolor muscular/calambres, hinchazón del dolor articular, rigidez, etc.</i>			
GENITOURINARIO <i>por ejemplo, dolor al orinar, micción frecuente, ardor, impotencia, incontinencia, infecciones, etc.</i>			
GINECOLÓGICO (SOLO MUJERES) <i>por ejemplo, embarazos, problemas menstruales, afecciones ováricas y uterinas, etc.</i>			

MAMA (SOLO MUJERES)			
NEUROLÓGICO <i>por ejemplo, entumecimiento, debilidad, dolores de cabeza, parálisis, convulsiones, temblores, hormigueo, etc.</i>			
PSIQUIÁTRICO <i>por ejemplo, depresión, ansiedad, cambios de humor, insomnio, alucinaciones, desorientación, etc.</i>			
SANGRE/LINFÁTICO <i>por ejemplo, colesterolemia, anemia, trastornos sanguíneos, leucemia, sangrado prolongado, etc.</i>			
PIEL <i>por ejemplo, picazón, erupción cutánea, infección, úlcera, tumores/crecimientos, verrugas, sequedad excesiva, etc.</i>			
CÁNCER			
ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO <i>por ejemplo, infecciones recurrentes, fiebre del heno, alergia alimentaria, sensibilidad a los medicamentos, urticaria, enrojecimiento, picazón.</i>			

ENFERMEDADES GRAVES/HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
CIRUGÍAS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Si usted es diabético:

AÑO DE DIAGNÓSTICO:	RESULTADO/TIEMPO DEL ÚLTIMO NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE:
ÚLTIMA HEMOGLOBINA A1C:	MÉDICO E INFORMACIÓN DE CONTACTO:
TRATAMIENTOS:	

Antecedentes familiares (solo padres, hermanos o abuelos)

ENFERMEDAD OCULAR	
<input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina <input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Distrofia macular <input type="checkbox"/> Retinosis pigmentaria <input type="checkbox"/> Degeneración retiniana
ENFERMEDAD SISTÉMICA	
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Otro:

Historia social personal

ESTADO CIVIL:	ARREGLOS DE VIVIENDA:
<input type="checkbox"/> CONSUMO DE TABACO: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> CONSUMO DE ALCOHOL: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> USO DE DROGAS RECREATIVAS: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro: _____	
OCUPACIÓN(ES):	EXPOSICIÓN OCUPACIONAL: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VIAJES RECIENTES: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha estado expuesto a enfermedades venéreas / enfermedades de transmisión sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Estás embarazada? (Solo mujeres) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Historia ocular personal

¿USAS ANTEOJOS/LENTE DE CONTACTO? ¿CUÁNTO TIEMPO LOS HAS USADO?
¿TIENE PROBLEMAS CON LA VISIÓN?
¿ANTECEDENTES DE TRAUMATISMO OCULAR?
¿TIENE ALGUNA AFECCIÓN OCULAR? (CATARATAS, GLAUCOMA, ETC.)
¿TE HAS SOMETIDO A UNA CIRUGÍA OCULAR? EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO?

ÚLTIMO EXAMEN DE LA VISTA:
OTRAS AFECCIONES OCULARES:

MEDICAMENTOS: *Haga una lista de TODOS los medicamentos que esté tomando ACTUALMENTE. (incluye todas las hierbas, vitaminas y suplementos)*

<i>Enumere el medicamento, la dosis, la frecuencia con la que se toma y cualquier otro detalle relevante.</i>

SI LA LISTA DE MEDICAMENTOS ES DEMASIADO LARGA, ADJUNTE UNA HOJA SEPARADA

ALERGIAS: *Enumere TODAS las alergias, gravedad, reacción e información de tratamiento*

--

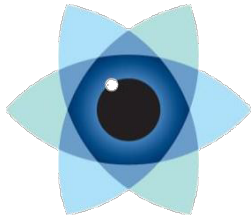
FARMACIA PREFERIDA: *Proporcione el nombre y la ubicación de la farmacia preferida*

--

FIRMA

FECHA

NOMBRE IMPRESO



RETINA HEALTH INSTITUTE S.C.

Visión redefinida
2320 N Huntington Rd., Algonquin, IL 60102
847-488-1030 (Oficina) 847-488-0677 (Fax)

www.retinahealthinstitute.com

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE					
APELLIDO*		NOMBRE*		INICIAL MEDIA	
SI ES MENOR DE EDAD, NOMBRE DEL PADRE RESPONSABLE					
DOB*		SEGURIDAD SOCIAL #		LICENCIA DE CONDUCIR #*	
DOMICILIO*				APT/SUITE #	
CIUDAD*			ESTADO*	.ZIP*	
INICIO #*		DÍA #		FAX #	
MÓVIL #*		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO*		<input type="checkbox"/> MUJER* HOMBRE* <input type="checkbox"/>	
OCUPACIÓN		EMPLEADOR		TELÉFONO #	
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO	.ZIP
SI CORRESPONDE, NOMBRE DEL CÓNYUGE / PAREJA DE HECHO					
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL MEDIA	
SI EL PACIENTE VIVE EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA*					
NOMBRE DE LA INSTALACIÓN*					
DIRECCIÓN*				SALA #*	
CIUDAD*			ESTADO*	.ZIP*	
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PARTE RESPONSABLE / CÓNYUGE / PADRE (Si la información es la misma que la anterior, déjela en blanco)					
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL MEDIA	
SEGURIDAD SOCIAL #		RELACIÓN CON EL PACIENTE			
DIRECCIÓN		CIUDAD		.ZIP	
HOGAR #		DÍA #		FAX#	
CELDA #		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO*			

INFORMACIÓN DE DERIVACIÓN DE PACIENTES			
PACIENTE REFERIDO POR*			TELÉFONO #
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	.ZIP
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA*			TELÉFONO #
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	.ZIP

CONTACTOS DE EMERGENCIA (COMPLETE DOS CON INFORMACIÓN DE CONTACTO DIFERENTE)			
NOMBRE		RELACIÓN	TELÉFONO #
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	.ZIP
NOMBRE		RELACIÓN	TELÉFONO #
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	.ZIP

EDUCACIÓN, IDIOMA Y MISCELÁNEA	
EL MÁS ALTO NIVEL DE EDUCACIÓN	IDIOMA PREFERIDO
¿NECESITA UN INTÉRPRETE?	
ORIGEN ÉTNICO:	RAZA:

¿CON QUIÉN PODEMOS COMPARTIR SU INFORMACIÓN?
--

Paciente: _____

Fecha:

Representante del paciente / padre: _____

Fecha:

Para los pacientes que requieren traducción o lectura verbal del documento, el lector/traductor puede documentar y firmar a continuación.

Lector / Traductor:

Fecha:

Información de facturación y parte responsable / Información de seguro

APELLIDO:	NOMBRE:	INICIAL DEL MEDIO:
------------------	----------------	---------------------------

INFORMACIÓN DE SEGUROS		
ASEGURADORA PRIMARIA*	NOMBRE DEL ASEGURADO*	DE
IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO# / GRUPO # / OTRA INFORMACIÓN		
ASEGURADORA SECUNDARIA*	NOMBRE DEL ASEGURADO*	DE
IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO# / GRUPO # / OTRA INFORMACIÓN		
ASEGURADORA TERCIAARIA*	NOMBRE DEL ASEGURADO*	DE
IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO# / GRUPO # / OTRA INFORMACIÓN		
ASEGURADORA DE FARMACIA*	NOMBRE DEL ASEGURADO*	DE
IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO# / BIN # / PCN # / GRUPO # / OTRA INFORMACIÓN		

Paciente: _____

Fecha: _____

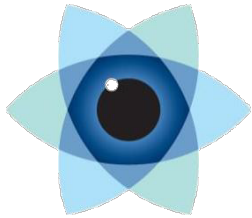
SOLO PARA USO EN OFFICE:

Médico para ser visto: _____

Fecha: _____

Número de cuenta asignado: _____

Iniciales: _____



RETINA HEALTH INSTITUTE S.C.

Visión redefinida

2320 N Huntington Rd., Algonquin, IL 60102

847-488-1030 (Oficina) 847-488-0677 (Fax)

www.retinahealthinstitute.com

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Apellido	Nombre	DOB
Dirección		SSN

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA - Autorizo a Retina Health Institute, S.C. a divulgar a mi compañía de seguros, cualquier información médica necesaria para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD – Entiendo que los servicios profesionales se prestan y cobran al paciente. EL COPAGO SE DEBE PAGAR EN EL MOMENTO DEL SERVICIO (EL COSEGURO Y LOS DEDUCIBLES TAMBIÉN SE PUEDEN COBRAR EN EL MOMENTO DEL SERVICIO). Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros. También acepto pagar cualquier saldo pendiente, así como los honorarios y costos de abogados a Retina Health Institute, S.C. si este asunto se remite a cobro.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS – Autorizo el uso de este formulario para la divulgación de la información necesaria para procesar reclamos a todas mis compañías de seguros. Autorizo que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original. Autorizo al proveedor a actuar como mi agente para ayudar a obtener el pago de mis compañías de seguros. Asigno todos los derechos y reclamos de reembolso de gastos permitidos bajo mi plan de seguro y autorizo el pago directamente al proveedor por los servicios prestados. Entiendo que recibiré estados de cuenta mensuales por cualquier saldo adeudado por mí. También entiendo que se requiere el pago completo al recibir su 1er estado de cuenta después de que el seguro haya cumplido con su obligación.

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE – Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre a Retina Health Institute, S.C., por cualquier servicio que me brinde ese médico/proveedor. Autorizo al titular de mi información médica a divulgar a Medicare y sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar las reclamaciones. Si "otro seguro de salud" se indica en el punto 9 del Formulario HCFA-1500, o en otra parte de los formularios de reclamo aprobados, o reclamos presentados electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de información a la aseguradora o agencia mostrada. En los casos asignados a Medicare, el médico/proveedor acepta aceptar el cargo de determinación de la compañía de Medicare como el cargo completo: el paciente es responsable del deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos. El coseguro y los deducibles se basan en la determinación de cargos de la compañía de Medicare.

MEDIGAP/AUTORIZACIÓN SUPLEMENTARIA - Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medigap/Suplementarios en mi nombre a Retina Health Institute, S.C., por cualquier servicio que me proporcione ese médico/proveedor. Autorizo al titular de mi información médica a divulgar a Medigap/Supplemental y sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a los servicios relacionados.

AUTORIZACIÓN – SEGUROS/ASUNTOS FINANCIEROS - Mediante mi firma, también autorizo a Retina Health Institute, S.C., a discutir asuntos financieros/de seguros en mi nombre con las personas designadas a continuación (Por favor IMPRIMA los nombres completos y la relación):

PACIENTE:

FECHA:

Atestación

Yo _____, por la presente doy mi consentimiento a Retina Health Institute, S.C., para usar o divulgar, con el propósito de llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica, toda la información contenida en mi registro de paciente.

Reconozco haber recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que la práctica tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con la práctica en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia actual del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que este consentimiento es válido hasta que sea revocado por mí. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando por escrito mi deseo de hacerlo a Retina Health Institute. También entiendo que no podré revocar este consentimiento en los casos en que el médico ya haya confiado en él para usar o divulgar mi Información de salud protegida.

Entiendo que, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1966 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi Información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Entiendo que puedo solicitar por ESCRITO que restrinja la forma en que se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con dichas restricciones.

PACIENTE

FECHA

REPRESENTANTE DEL PACIENTE / PADRE

FECHA

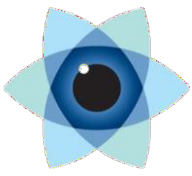
SOLO PARA USO EN OFFICE:

Intenté obtener la firma del paciente en reconocimiento de este Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad, pero no pude hacerlo:

Razón:

REPRESENTANTE DE LA PRÁCTICA

FECHA



FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegir Retina Health Institute ("RHI") como su proveedor de atención médica. Nos sentimos honrados por su elección y estamos comprometidos a brindarle atención médica de la más alta calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer su comprensión de nuestras políticas financieras para pacientes.

Responsabilidades financieras del paciente

- El paciente (o el tutor del paciente, si es menor de edad) es el responsable final del pago de su tratamiento y atención.
- Nos complace ayudarlo facturando para nuestras aseguradoras contratadas. Sin embargo, el paciente está obligado a proporcionarnos la información más correcta y actualizada sobre su seguro y será responsable de cualquier cargo incurrido si la información proporcionada no es correcta o actualizada.
- Los pacientes son responsables del pago de copagos, coseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro. El pago se debe realizar en el momento del servicio, y para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheque y la mayoría de las principales tarjetas de crédito en nuestra oficina.
- Los pacientes pueden incurrir y son responsables del pago de cargos adicionales a discreción de RHI. Estos cargos pueden incluir (pero no se limitan a):
 - Cargo por cheques devueltos.
 - Cargo por citas perdidas sin previo aviso de 24 horas
 - Cobrar por consultas telefónicas extensas y / o llamadas telefónicas fuera del horario de atención que requieren diagnóstico, tratamiento o recetas.
 - Cobrar por la copia y distribución de los registros médicos de los pacientes.
 - Cargo por completar formularios extensos.
 - Cualquier costo asociado con la recolección de saldos de pacientes.

Autorizaciones de pacientes

- Mediante mi firma a continuación, autorizo a RHI y a los médicos, personal y hospitales asociados con RHI a divulgar información médica y de otro tipo adquirida en el curso de mi examen y / o tratamiento a las compañías de seguros necesarias, terceros pagadores y / u otros médicos o entidades de atención médica requeridas para participar en mi atención.
- Mediante mi firma a continuación, autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a RHI y cualquier entidad de atención médica asociada por los servicios prestados según lo permitido bajo contratos estándar de terceros. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación.
- Mediante mi firma a continuación, autorizo al personal de RHI a comunicarse por correo, mensaje de contestador automático y / o correo electrónico de acuerdo con la información que he proporcionado en mi información de registro de pacientes.
- Mediante mi firma a continuación, autorizo a RHI a almacenar de forma segura la información de mi tarjeta de crédito y solo la cargo si tengo un saldo pendiente o cualquier saldo sobrante de un reclamo procesado en el futuro. Soy consciente de que el sistema de almacenamiento utilizado cumple totalmente con el más alto nivel de regulaciones de seguridad de almacenamiento de tarjetas de crédito. Una vez almacenada, soy consciente de que solo los últimos 5 dígitos de mi tarjeta son visibles para el personal de RHI. Entiendo que soy responsable de todos los cargos por los servicios que recibo de RHI, y que si la parte de responsabilidad del paciente de mis cargos (incluidos los cargos aplicados a mi deducible y / o coseguro) no se paga en su totalidad dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la declaración de responsabilidad financiera del paciente enviada por correo desde la Oficina de facturación de RHI, RHI facturará a mi tarjeta de crédito almacenada el saldo pendiente adeudado.

He leído, entiendo y acepto las disposiciones de este Formulario de responsabilidad financiera del paciente:

Firma del paciente o tutor

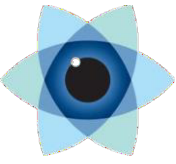
Fecha

Renuncia a las autorizaciones del paciente

No deseo que se divulgue información y prefiero pagar en el momento del servicio y / o ser totalmente responsable del pago de los cargos y presentar reclamos al seguro a mi discreción.

Firma del paciente o tutor

Fecha



INSTITUTO DE SALUD DE LA RETINA

RASHMI KAPUR MD
REHAN HUSSAIN MD

Divulgación médica de información

Nombre del paciente: _____

DOB: _____

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a la siguiente facilidad:

**Instituto de Salud de la
Retina, SC 2320 N Huntington
Rd Algonquin, IL 60102
Tel: 847.488.1030 Fax: 847.488.0677**

Para tener acceso a mi;

**Registros médicos, notas médicas, informes de laboratorio, informes de patología,
informes de radiología, informes de procedimiento/operativos e informes de
consulta.**

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en el momento, aunque no retroactivamente, y que al cumplir con la solicitud de información médica anterior o el lapso de un (1) año a partir de la fecha de firma, lo que ocurra primero, este consentimiento expirará automáticamente sin mi revocación expresa. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará según lo dispuesto en 45

C F R 165.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una redivulgación no autorizada.

y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. El médico del paciente El registro es información privilegiada, que está protegida por varias leyes estatales y federales. Dicha información no puede divulgarse a otras personas o entidades sin una autorización por escrito separada de los pacientes.

Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y tratamiento del abuso de alcohol y drogas.

El paciente debe firmar a menos que sea menor de 18 años o no pueda firmar. Si la firma no es de un paciente, indique la relación con el paciente.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente: _____



Especialistas en el cuidado de la retina en adultos:

- Degeneración macular
- Retinopatía diabética
- Desprendimiento de retina
- Oncología Ocular
- Uveítis

Algonquin

2320 N Huntington
Dr Algonquin, IL,
60102
847-488-1030 (Oficina)
847-488-0677 (fax)

Rockford

1075 Featherstone Rd,
Suite 10
Rockford, IL, 61107
815-904-6016 (Oficina)
815-904-6256 (fax)

www.retinahealthinstitute.com

TARIFAS DE SERVICIO NO CUBIERTAS

Vigente a partir del 1/1/2023

- > Explicación de Bill → **\$30.00**
- > Gafas tintadas → **\$1**
- > Máscaras → **\$1**
- > Autorizaciones previas anuales → **\$100**
- > Solicitud de resurtido de recetas fuera de la hora de la cita → **\$25**
- > No se presenta / tarifa de cancelación si no se hace con 24 / horas de anticipación → **\$ 75- \$ 150 ***
 - > **Esto no se aplica a emergencias.*
- > Coordinación de beneficios → **\$100 para el año**
- > No programar cita a la salida (Comienza el 4/1/2023) → **\$ 15**
- > Apelaciones después del primer intento → **\$50**
- > Página no urgente para médicos después del horario de atención → **\$ 20**
- > No se solicitó saldo / estado de cuenta de crédito → **\$ 10**
- > Seguro incorrecto en el archivo → **\$300**

*Los pacientes que reprograman sus citas con frecuencia están sujetos a una tarifa de reprogramación adicional****

He leído, entiendo y acepto las disposiciones de las Tarifas de servicio no cubiertas:

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o representante: _____

Fecha: _____