

## KOZLOVSKY, DELAY & WINTER EYE CONSULTANTS

### Informacion Del Paciente

#### Paciente:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Otro

Género: ( ) Hombre ( ) Mujer Numero de casa: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

#### Contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

#### Si el paciente es menor de edad por favor proporcione la siguiente información.

Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: \_\_\_\_\_ Empleo: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Información Opcional: Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Lenguaje: \_\_\_\_\_

Información de Medico Refiriendo: Nombre de Medico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

#### Información del Seguro:

Seguro Médico Primordial: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_

\*Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Médico Secundario: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_

\*Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Plan de Visión: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_

\*Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_

\*\*\*Cantidades no cubiertas por seguros serán pagadas por el paciente a la hora de la visita\*\*\*

Iniciales de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**KOZLOVSKY, DELAY & WINTER EYE CONULSTANTS, LLC.**

**An Alliance of Professional Associations**

**Historial Medico**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Oftalmólogo Anterior:** \_\_\_\_\_ **Nombre del doctor(a) de familia:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono del Médico de Familia:** \_\_\_\_\_

**Tiene Alguna de las Condiciones Siguientes:**

|                          |                         |                       |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|
| _____ Resequedad de Ojos | _____ Cirugías Oculares | _____ Usa Lentes      |
| _____ Visión Borrosa     | _____ Lesiones Oculares | _____ Colesterol Alto |

**Tiene Problemas con Alguno de los Siguientes sistemas:**

|                           |                          |                             |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| _____ Gastrointestinal    | _____ Sistema Nervioso   | _____ Colesterol Alto       |
| _____ Oído/Nariz/Garganta | _____ Genitourinario     | _____ Mental                |
| _____ Cardiovascular      | _____ Musculoesqueletico | _____ Piel                  |
| _____ Sangre/Linfático    | _____ Respiratorio       | _____ Alérgica/Inmunológica |

\_\_\_\_\_ ¿Presión Sanguínea-Cuanto Tiempo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Endocrino(Diabetes)-Cuanto Tiempo? \_\_\_\_\_

**Tiene antecedente familiar de alguno de los siguientes:**

|                            |                    |                                 |
|----------------------------|--------------------|---------------------------------|
| _____ Cataratas            | _____ Glaucoma     | _____ Degeneración Macular      |
| _____ Diabetes/Retinopatía | _____ Hipertensión | _____ Desprendimiento de Retina |

**¿Ha tiendo Cirugías?**

\_\_\_\_\_

**¿Tiene reacciones alérgicas a algún medicamento?**

\_\_\_\_\_

**Farmacia de presencia y ubicación:**

\_\_\_\_\_

¿Fuma? ( ) Si ( ) No Si, Cuanto? \_\_\_\_\_ ¿Bebe Alcohol? ( ) Si ( ) No Si, Cuanto? \_\_\_\_\_

¿Está interesado(a) en lentes de contacto? Sí \_\_\_ No \_\_\_

**Lista de Medicamentos:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Iniciales de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**KOZLOVSKY, DELAY & WINTER EYE CONSULTANTS, LLC.**  
**An Alliance of Professional Associations**

**ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACION DE TRATAMIENTO**

Pagos: Entiendo que soy responsable por el pago de cualquier servicio rendido a mi o algún dependiente provistos por esta oficina. Las citas pueden ser cambiadas por falta de pago de copagos y o balances previos.

Cheques rechazados: Cheques rechazados resultaran en un cargo de colección. (Cargo de \$30)

Seguro médico: Su póliza de seguro médico es un contrato entre usted y su empleador (si aplica) y la compañía de seguro. Yo confirmo que las tarjetas de seguro proveídas son vigentes y precisas. Si hay algún cambio yo avisare a su oficina al momento de programar una cita.

Servicios no cubiertos: Yo entiendo que algunos servicios no serán cubiertos por mi plan de seguro médico y yo seré responsable financieramente por todos los servicios no cubiertos.

Cancelación de citas: Si es necesario cancelar o cambiar una cita, favor de hacerlo con 24 horas de anticipación. La falta de notificación en el tiempo debido por cancelación o cambios así todo resultara en un cargo de \$40.00.  
**EFFECTIVO A PARTIR DEL 01/01/2025 EL CARGO POR CANCELACIÓN/NO PRESENTACIÓN EL MISMO DÍA ARRIBA HASTA \$50 DÓLARES.**

Refracción: La refracción es el procedimiento para determinar si hay necesidad de corrección en la vista con gafas o lentes de contacto. Es una parte esencial en su examen de ojos y necesario para determinar el aumento de gafas o lentes de contacto. Una receta de aumento no es el único propósito de una refracción, es de suma importancia medicamente que su doctor sepa si están sucediendo cambios en su vista.

Dilatación: Las gotas de dilatación se utilizan para dilatar o agrandar la pupila de los ojos permitiendo que el/la doctora tenga mejor vista de la parte interior del ojo. Frecuentemente esto borra la vista por un periodo de tiempo y puede causar sensibilidad a la luz. No es posible determinar cuánto tiempo su visión será afectada, es mejor que haga preparativos para no conducir un auto después de su cita. Reacción adversa como glaucoma agudo de ángulo de cierre puede ser provocada por las gotas de dilatación. Esto es extremadamente raro y tratable con una atención médica inmediata.

Referencias: Si su seguro requiere autorización de su doctor general nosotros lo solicitaremos antes de tiempo. Esto es una cortesía de parte nuestra para usted (paciente), sin embargo, no podemos garantizar que la autorización será concedida para la fecha de la cita por lo tanto estaremos al pendiente cuando se acerqué  
Su cita para asegurarnos que la hemos recibido. Si no recibimos la autorización para la fecha de servicio, será necesario cambiar la fecha de la cita o el paciente será responsable por el pago completo de la cita previamente programada.

A partir de enero de 2020, debido al espacio limitado en nuestras salas de examen y para garantizar la salud de los demás, a un paciente menor de edad se le permite un adulto en la sala de examen. Si dos pacientes menores de edad tienen citas, será necesario que haya dos adultos presentes (un padre cada uno). A los pacientes adultos que tengan una condición médica que requiera asistencia se les puede permitir una sola persona.

Al firmar aquí usted está de acuerdo con las pólizas anteriores y confirma que está de acuerdo en términos sobre las responsabilidades de pago y autoriza KDW y empleados que usen divulguen su información médica protegida por motivo de examinación y o tratamiento, pagos, facturación y operaciones de negocios.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**KOZLOVSKY, DELAY & WINTER EYE CONSULTANTS, LLC.**  
**An Alliance of Professional Associations**

**Divulgación de Expediente Médico a Familiares**

(Padre o Tutor/Nombre de paciente) Yo \_\_\_\_\_ autorizo a KDW Eye Consultants y sus empleados a divulgar cualquier y toda información en relación con mi expediente médico de esta oficina a los siguientes familiares:

| Nombre: | Relación: | Fecha de Nacimiento: |
|---------|-----------|----------------------|
| _____   | _____     | _____                |
| _____   | _____     | _____                |
| _____   | _____     | _____                |

Solamente los familiares nombrados podrán tener acceso a mi información medica. Ninguna otra persona deberá tener acceso sin el permiso mío, paciente del Dr. John F. Kozlosvky, Dr. Richard L. Delay, Dr. Bruce Winter and Dr. Jeannine E. Camacho.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente/Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**KDW EYE CONSULTANTS**

**CONFIRMACION DE RECIBIENTO DE LA NOTICACION DE PRACTICAS DE PRIVICIDAD**

Yo \_\_\_\_\_ confirmo que he recibido la notificación de prácticas de privacidad de KDW Eye Consultants.(FAVOR DE PEDIR UNA COPIA EN RECEPCION SI LO DESEA)

Este aviso describe como KDW Eye Consultants podrá usar y divulgar mi información media protegida, ciertas restricciones sobre el uso y divulgación de mi información medica y derechos que tengo en relación con mi información medica protegida.

Iniciales: \_\_\_\_\_