

THE EYE CENTER

OPHTHALMIC ASSOCIATES, P.A.

Christopher R. Bruno, M.D.
1051 West Sherman Ave
Building 5 Suite A
Vineland, NJ 08360
www.EyeCenterVineland.com
Tel: 856-696-0020
Fax: 856-205-1721

Su cita en The Eye Center ha sido programada para:

_____ en _____ am/ pm con Dr. Bruno

Antes de su cita, complete los formularios adjuntos y tráigalos con usted el día de su cita. Si desea minimizar el tiempo de espera, traiga los formularios y todo lo que se enumera a continuación antes de su cita.

También deberá traer lo siguiente:

- ✚ identificación fotográfica
- ✚ Tarjeta de Seguro
- ✚ Lista de medicamentos actuales
- ✚ Referencia, si su compañía de seguros la requiere
- ✚ Esté preparado para pagar su visita en efectivo o con tarjeta de crédito. Lo sentimos, no aceptamos cheques de nuevos pacientes. Nos disculpamos por cualquier inconveniente.
- ✚ Los pacientes que pagan por cuenta propia deben traer una identificación con fotografía para fines de identificación y el pago debe realizarse en el momento de la visita

Tenga en cuenta:

- ✚ Es posible que esté en la oficina de 1 a 2 horas.
- ✚ Es posible que esté dilatado. (Esto hace que usted sea sensible a la luz y esté borroso durante algunas horas. Traiga un conductor y gafas de sol).

Si desea minimizar el tiempo de espera en la oficina, no dude en dejar su documentación completa, identificación con fotografía y tarjetas de seguro 1 o 2 semanas antes de su cita. (Por favor, no devuelva el correo ya que el correo puede retrasarse o perderse)

Si necesita reprogramar o cancelar su cita, llame al 696-0020 al menos 24 horas antes de su cita programada.

Gracias,
Christopher R. Bruno, M.D.

POR
FAVOR
UTILICE
SÓLO
LÁPIZ
NEGRO



Bienvenido!

Información del paciente

rev 10/2023 ve

Fecha: _____ Numero de Seguro Social # _____ Fecha De Nacimiento _____
(Date) (social security number) (Date Birth)

Nombre(Name) _____ Teléfono de la casa _____

Dirección (Address) _____ Teléfono móvil _____

Ciudad(City) _____ Estado (State) _____ Código Postal (Zip) _____

Correo electrónico (Email) _____ @ _____

Sexo: M F Estado: Viudo (single) Casado (Married) Divorciado (Divorced) Viudo (Widowed)

Carrera: Asiática Negros o Afroamericanos De Indio o Indígena de Alaska de América Hispanic
Asain African American American Indian or Alaska Native Hispanic

Nativo de Hawái / otra isla del Pacífico Blanca negarse a contestar
Native Hawaiian or another Pacifica Island white Declined to specify

Idimona: Inglés Otra Lenguaje de señas Español negarse a contestar
English Other Sign Language Spanish Declined to specify

Etnicidad: Hispanic or Latino NOT Hispanic or Latino negarse a contestar (Declined to specify)

Compañía de seguros (Insurance info)

Identificación de miembro Compañía de seguros (Mem. ID)

2nd Compañía de seguros (Insurance info)

Identificación de miembro Compañía de seguros (Mem. ID)

Contacto de emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____
Emergency Contact Relationship Phone #

Médico de familia del paciente _____ Teléfono _____
Patients Family Physician Phone #

Farmacia: _____ Ciudad: _____
Pharmacy City

Empleado Jubilado Estudiante a tiempo completo Estudiante de medio tiempo
Employed Retired Full Time Student Part-Time Student

Desempleados
Unemployed

Empleador _____ Teléfono _____
Employer Phone Number

Dirección (Address) _____ Ocupación _____

¿A quién debemos agradecer por recomendarte?

Who should we thank for referring you?

Nombre del paciente _____ Nombre del médico _____
Patient Name Physician's Name

Manual de seguros _____ Periódico _____ Guía telefónica _____ Otra _____
Insurance Handbook Newspaper Telephone Book Other

Contacto de emergencia (para menores de edad, esta sección puede utilizarse para los padres)

If Patient is Minor Name of Guardian

Nombre _____ Teléfono celular _____
Name: Cell Phone number

Numero de Seguro Social _____ Dirección si es diferente. _____
social security number Address if different then above

DEBE RECONOCER TODO LO A CONTINUACIÓN PARA SER VISTO EN LA OFICINA

Patient Signature

YOU MUST ACKNOWLEDGE ALL BELOW TO BE SEEN IN THE OFFICE

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de SEGURO/MEDICARE/MEDIGAP se realice en mi nombre a Ophthalmic Associates por cualquier servicio que me brinde ese médico o proveedor. Autoricé a cualquier poseedor de información médica sobre mí a revelar a CMS y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados.

I request that payment of authorized INSURANCE/MEDICARE/MEDIGAP benefits to be made on my behalf to Ophthalmic Associates for any services furnished me by that physician or supplier. I authorized any holder of medical information about me to release to the CMS and its agents any information needed to determine these benefits payable for related services.

Firma del paciente/padre/tutor _____

Patient/Parent/Guardian Signature

Fecha _____

Date

Entiendo que mi seguro no cubrirá todos los procedimientos incluido el 92015 (refracción). En caso de denegación, acepto pagar el procedimiento en su totalidad. Esta declaración se realiza y firma de conformidad con la sección S1962 (a) (1) de la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1986.

I understand that my insurance will not cover all procedures including 92015 (refraction). In the event of a denial, I agree to pay for the procedure in its entirety. This statement is made and signed in accordance with section S1962 (a) (1) of the Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA) of 1986.

Firma del paciente/padre/tutor _____

Patient/Parent/Guardian Signature

Fecha _____

Date

En consideración por los servicios prestados, yo, el abajo firmante, acepto pagar a Ophthalmic Associates de acuerdo con los honorarios y términos regulares del cargo. También entiendo que proporcionar información sobre el seguro no me exime de la responsabilidad de ningún reclamo. Si tengo una HMO o PPO, debo seguir las reglas y regulaciones de mi compañía de seguros. Entiendo que es mi responsabilidad resolver cualquier disputa con mi compañía de seguros por falta de pago después de que Ophthalmic Associates haya presentado la factura.

In consideration of the services rendered, I the undersigned hereby agree to pay Ophthalmic Associates in accordance with the regular fees and terms of the office.

I also understand that providing insurance information does not relieve me of the responsibility of any claim. If I have an HMO or PPO, I must follow the rules and regulations of my insurance company.

I understand that it is my responsibility to resolve any disputes with my insurance company for non-payment after Ophthalmic Associates has submitted the bill.

Firma del paciente/padre/tutor _____

Patient/Parent/Guardian Signature

Fecha _____

Date

Firma/iniciales del personal de oficina _____

Office Staff Signature/Initials

Fecha _____

Date

Encuesta de Salud

Nombre: _____ fecha de nacimiento: _____
 (Name) (Date of birth)

Historial Médico

¿Eres alérgico a algún medicamento? Sí / No En caso afirmativo, indique: _____
 Are you **ALLERGIC** to any **medications**? Yes / No If yes, please list:

¿Qué medicamentos estás tomando? (Proporcione la lista, si corresponde) _____
 What medications you are you taking? (Provide list, if applicable)

Historia sistémica		Historia del ojo	
Altura: Height:	Peso: Weight:	Glaucoma	Sí / No
Diabetes: <input type="checkbox"/> insulina <input type="checkbox"/> sin insulina Insulin Non-Insulin	Sí / No	Catarata	Sí / No
En caso afirmativo, fecha del diagnóstico.: If yes, date diagnosed		AMD (degeneración macular relacionada con la edad) (Age related macular degeneration)	Sí / No
Hipertensión(High Blood Pressure)	Sí / No	Enfermedad de la retina (Retinal Disease)	Sí / No
Ataque:(Stroke) En caso afirmativo, fecha:	Sí / No	Enfermedad ocular diabética (Diabetic Eye Disease)	Sí / No
Infarto de miocardio (Heart Attack) En caso afirmativo, fecha:	Sí / No	Tratamiento Láser (retina/glaucoma) (Laser Treatment (retina/glaucoma))	Sí / No
Cardiopatía (heart disease)	Sí / No	Corrección de la visión con láser (Laser Vision Correction)	Sí / No
Asma (Asthma)	Sí / No	PRK (Photorefractive Keratectomy)	Sí / No
COPD	Sí / No	RK (Radial Keratotomy)	Sí / No
Enfisema (Emphysema)	Sí / No	Cualquier otra cirugía ocular (Any Other Eye Surgery) Si es así, escriba:	Sí / No
Artritis (Arthritis) En caso afirmativo, fecha:	Sí / No		
Lupus: En caso afirmativo, fecha:	Sí / No	Cualquier lesión ocular:(Any Eye Injury:) Si es así, escriba:	Sí / No
Enfermedad de tiroides(Thyroid Disease) En caso afirmativo, hipo/hiper.	Sí / No		
Cáncer: (Cancer) Si es así, escriba:	Sí / No	¿Usas lentes de contacto? (Do you wear Glasses?) Si es así, trae información contigo.	Sí / No
Colesterol alto (High Cholesterol)	Sí / No	¿Usas lentes de contacto? (Do you wear Contact Lenses?) Si es así, trae información contigo.	Sí / No

Encuesta de Salud

Nombre: _____ fecha de nacimiento: _____
 (Name) (Date of birth)

Otro: Sólo hombres

¿Alguna vez ha tomado medicamentos para la próstata? (Have you ever taken Prostate Medication?) es decir, Flomax, Tamsulosina. En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo?	Sí / No
---	---------

Otras condiciones no mencionadas anteriormente: (Other conditions not listed above:)

Cirugía(s) Anterior(es): (Previous Surgery (s):)

Historia social

Fumar (Smoke)	Sí / No	Si es así, ¿cuánto? If yes, how much?
Bebidas alcohólicas (Alcoholic Beverages)	Sí / No	Si es así, ¿cuánto? If yes, how much?
Ejercicio (Exercise)	Sí / No	Si es así, ¿cuánto? If yes, how much?
Conducir (Drive)	Sí / No	Si no, ¿por qué paraste? If no, why did you stop?

Historia familiar

Artritis (Arthritis)	Sí / No	Si es así, relación (If yes, relationship)
Asma (Asthma)	Sí / No	Si es así, relación (If yes, relationship)
Cáncer (Cancer)	Sí / No	Si es así, relación (If yes, relationship)
Diabetes	Sí / No	Si es así, relación (If yes, relationship)
Glaucoma	Sí / No	Si es así, relación (If yes, relationship)
Cardiopatía (heart disease)	Sí / No	Si es así, relación (If yes, relationship)

Dr. Christopher R. Bruno
Ophthalmic Associates-The Eye Center
2835 South Delsea Drive Vineland, New Jersey 08360
Tel. 856-696-0020 Fax. 856-205-1721

Solicitud del paciente para la transmisión de información médica protegida a una dirección alternativa o por medios alternativos

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Entiendo que Ophthalmic Associates puede divulgar mi PHI a un familiar, amigo u otra persona que indique que está involucrada en mi atención, a menos que yo me oponga. Ophthalmic Associates puede divulgar mi PHI a las siguientes personas que actúan en mi nombre:

1. *Nombre:* _____
Relationship: _____ *Número de teléfono:* _____
2. *Nombre:* _____
Relationship: _____ *Número de teléfono:* _____
3. *Nombre:* _____
Relationship: _____ *Número de teléfono:* _____

Entiendo que puedo solicitar que Ophthalmic Associates me envíe información a una dirección alternativa. Por favor envíame información a la siguiente dirección y/o por los siguientes medios.

DIRECCIÓN: _____ unidad/apto _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ophthalmic Associates aceptará esta solicitud siempre que la información pueda proporcionarse fácilmente en la forma solicitada. Entiendo que si Ophthalmic Associates incurrirá en costos al cumplir con la solicitud, se me exigirá que pague a Ophthalmic Associates por adelantado..

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad **Aviso de rechazo de prácticas de privacidad**

* ¿Podemos dejar los resultados de las pruebas en su contestador automático? Sí _____ NO _____
Si no, ¿le gustaría que le enviemos los resultados por correo? Sí _____ NO _____

¿Cuál es el mejor número para comunicarnos con usted? : _____

TENGA EN CUENTA QUE LAS LLAMADAS DE CONFIRMACIÓN SOBRE CITAS PUEDEN DEJARSE EN UNA MÁQUINA

Firma del paciente o del representante autorizado del paciente _____ Fecha

Nombre y Autoridad del Representante:

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Información de facturación/seguro de la oficina

Debido a cambios en el entorno sanitario y las regulaciones de su compañía de seguros, que debemos cumplir, ahora tenemos una nueva póliza de facturación/seguro.

COPAGOS: Si se requiere un copago con su cobertura de seguro, se cobrará en el momento de la visita. Asegúrese de traer esto con usted a su cita programada.

REFERENCIAS: Si su cobertura de seguro requiere una derivación para ver a un especialista, ES SU RESPONSABILIDAD traer la derivación con usted en la fecha del servicio. Comuníquese con su médico de atención primaria para obtener esta derivación. Si no trae la referencia, será responsable del pago completo de esa visita o NO se le permitirá recibir tratamiento. Estaremos encantados de reprogramar su cita para otro día. Su compañía de seguros establece estas reglas.

FACTURACIÓN: Si queda un saldo en su cuenta debido a un deducible o algún problema de seguro no resuelto, usted será responsable del pago de ese saldo antes de que lo atiendan nuevamente. We want your association with our office to be a pleasant one. We are available to address any concerns and assist in any matter.

He leído la política anterior y acepto mi obligación financiera con Ophthalmic Associates, PA. Mi firma representa mi aceptación.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento del portal del paciente

Nuestra oficina está comenzando a ser electrónica con la mayoría de nuestros registros y parte de este proceso requiere que recopilemos una dirección de correo electrónico de nuestros pacientes. Para cumplir con los criterios, los pacientes deberán registrarse en el portal creando una contraseña y un nombre de usuario.

Un portal para pacientes es un sitio web seguro en línea que brinda a los pacientes acceso conveniente las 24 horas a información de salud personal. Usando un nombre de usuario y contraseña seguros, los pacientes pueden ver información de salud como: resúmenes de alta, medicamentos, visitas recientes al médico, solicitar resurtidos de recetas, actualizar información de contacto, programar citas no urgentes.

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) permite la divulgación de información de salud sobre el paciente sin requerir el consentimiento expreso del paciente.

Dirección de correo electrónico: _____ No deseo proporcionar una dirección de correo electrónico

Firma del paciente: _____ Fecha : _____