

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

POR
FAVOR
UTILICE
SÓLO
LÁPIZ
NEGRO



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.

Bienvenido!

Información del paciente

rev 5/26 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) _____ @ _____

¿Qué forma de comunicación aprueba para que nos pongamos en contacto con usted?

Which form of communication do you approve us to contact you?

☐ Correo (mail) ☐ Teléfono de la casa (Home phone) ☐ Teléfono móvil (Mobile phone) ☐ Mensaje de texto (Text Message)
☐ Correo electrónico (email) ☐ portal del paciente (Patient portal) ☐ **Todo lo anterior** (All of the above)

Elija una opción: ¿Cómo le gustaría recibir un recordatorio de su cita?

☐ No llamar- DO NOT CALL ☐ Correo electrónico (email) ☐ Por mensaje de texto ☐ Teléfono de la casa (Home phone)
☐ Teléfono móvil (Mobile phone)

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
Asian African American American Indian or Alaska Native

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

Idioma: ☐ 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** ☐ **Desempleados**
Employed Retired Unemployed

☐ **Estudiante a tiempo completo** ☐ **Estudiante de medio tiempo**
Full Time Student Part-Time Student

Empleador _____ **Teléfono** _____
Employer Phone Number

Dirección _____ **Ocupación** _____
Address Occupation

¿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

Patient Signature

**YOU MUST ACKNOWLEDGE ALL BELOW TO BE SEEN IN THE OFFICE
DEBE RECONOCER TODO LO A CONTINUACION PARA SER VISTO EN LA OFICINA**

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 _____ **Fecha** _____
Patient/Parent/Guardian Signature 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 _____ **Fecha** _____
Patient/Parent/Guardian Signature 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 _____ **Fecha** _____
Patient/Parent/Guardian Signature Date

Firma/iniciales del personal de oficina _____ **Fecha** _____
Office Staff Signature/Initials 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: ☐ insulina ☐ 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)	Sí / No
Artritis (Arthritis) En caso afirmativo, fecha:	Sí / No		Si es así, escriba:	
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		¿Usas lentes de contacto? (Do you wear Glasses?)	Sí / No
Cáncer: (Cancer) Si es así, escriba:	Sí / No		Si es así, trae información contigo.	
Colesterol alto (High Cholesterol)	Sí / No		¿Usas lentes de contacto? (Do you wear Contact Lenses?)	Sí / No
			Si es así, trae información contigo.	

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
1051 West Sherman Ave 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: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

2. Nombre: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

3. Nombre: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

☐ **No deseo autorizar** a ninguna persona a recibir mi Información Médica Protegida (PHI) bajo mi consentimiento de HIPAA. I do not wish to provide anyone on my HIPPA consent to receive my Protected Health Information.

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: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Política de Facturación y Seguro de la Oficina

Debido a los cambios en el entorno de atención médica y las regulaciones de seguros, nuestra oficina ha actualizado sus políticas de facturación y seguros. Estas políticas están diseñadas para cumplir con los requisitos de su plan de seguro y ayudar a garantizar una experiencia fluida para todos los pacientes.

Copagos

Si su plan de seguro requiere un copago, este debe pagarse al momento de su visita. Por favor, esté preparado(a) para proporcionar su copago cuando llegue a su cita programada.

Referencias Médicas

Si su plan de seguro requiere una referencia médica para consultar a un especialista, **es su responsabilidad obtenerla y traerla consigo el día de su cita**. Comuníquese con su médico de atención primaria con anticipación para obtener la referencia necesaria.

Si no tiene la referencia requerida al momento de su cita, usted puede ser responsable del costo total de la visita o puede ser necesario reprogramar su cita. Nuestra oficina estará encantada de ayudarlo a reprogramarla. Tenga en cuenta que los requisitos de referencias médicas son determinados por su compañía de seguros.

Saldos Pendientes

Si queda un saldo pendiente en su cuenta debido a un deducible, coseguro o un asunto de seguro no resuelto, usted será responsable del pago del saldo pendiente antes de recibir servicios adicionales.

Valoramos su relación con nuestra oficina y estamos comprometidos a brindarle una experiencia positiva. Si tiene preguntas o inquietudes relacionadas con su cobertura de seguro, facturación o responsabilidad financiera, comuníquese con nuestra oficina. Estaremos encantados de ayudarlo.

Reconocimiento del Paciente

Reconozco que he leído y entiendo la política de facturación y seguros mencionada anteriormente. Acepto la responsabilidad por cualquier obligación financiera relacionada con los servicios proporcionados por Ophthalmic Associates, PA. Mi firma a continuación indica que comprendo y acepto esta política.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento para el Portal del Paciente

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

Un portal para pacientes es un sitio web seguro que brinda a los pacientes acceso conveniente las 24 horas a su información personal de salud. Mediante un nombre de usuario y una contraseña seguros, los pacientes pueden consultar información médica limitada, como: resúmenes de alta, medicamentos, visitas recientes al médico, solicitar resúmenes de recetas médicas y actualizar información de contacto.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) permite la divulgación de información médica del paciente sin requerir el consentimiento expreso del paciente.

Dirección de Correo Electrónico: _____

☐ **No deseo proporcionar una dirección de correo electrónico**

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____