Plessen Ophthalmology
Comprehensive Eye Care

3006 Orange Grove ● PO Box 910 ● Christiansted, VI 00821
9000 Lockhart Gardens Ste. 4 ● St. Thomas, VI 00802

REGISTRACION PARA PACIENTES NUEVOS

(Favor de utilizar letra de molde))

Fecha:	**Nombre de su Doctor Primario:**	**Referido por: (quien lo envio?):**

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido (paterno):	**Nombre:**	**Segundo Nombre:**
Direccion Postal:	**Direccion Residencial:**	
Num. Telefono:	**Num. Trabajo:**	**Num. Celular:**
Fecha de Nacimiento:	**Sexo:** ❑ Femenino ❑ Masculino	**Num. Seguro Social:**
Estatus Marital: ❑Casado ❑Soltero ❑Divorciado ❑ Viudo ❑Legalmente ❑ Separado ❑Desconocido	**Estatus Estudiantil:** ❑ No Estudia ❑Estudiante a tiempo completo ❑ Estudiante a tiempo parcial	
Estatus Laboral: ❑Empleado a tiempo completo ❑Tiempo parcial ❑ Desempleado ❑ Empleo propio ❑ Retirado ❑Militar Activo	**Tipo de Residencial:** ❑Residencia Privada ❑Asilo de ancianos ❑ Asilo para cuidado y enfermeria	
Grupo Etnico: ❑No Hispano o Latino ❑ Hispano o Latino	**Lenguage:** ❑Ingles ❑Espanol ❑Otro Idioma	**Raza:** ❑Indio Americano o Esquimal o Aleut ❑Asiatico o Islas del Pacifico ❑Raza Negra o Afroamericano ❑Blanco ❑Otra Raza

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO PRIMARIO

Relacion del paciente con el asegurado (a)? ❑Asegurado(a) ❑Esposo(a) ❑Hijo ❑Otro(a)	**Apellido del Asegurado (a):**	**Nombre:**	**Segundo Nombre o Inicial:**
Direccion Postal:	**Ciudad:**	**Estado:**	**Codigo Postal:**
Num. de Telefono:	**Num. del Trabajo:**	**Num. del Celular:**	
Fecha de Nacimiento:	**Sexo:** ❑ Femenino ❑ Masculino	**Num. Seg. Social:**	
Nombre del Seguro Primario: ❑MEDICARE ❑CIGNA ❑UHC ❑BCBS ❑AARP ❑Otro:_____	**Num. de Grupo::**	**Num. de Identificacion:**	

REV. 11.03.2016

Plessen Ophthalmology
Comprehensive Eye Care

3006 Orange Grove ● PO Box 910 ● Christiansted, VI 00821
9000 Lockhart Gardens Ste. 4 ● St. Thomas, VI 00802

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO SECUNDARIO

Relacion del paciente con el asegurado (a)? ❑Asegurado(a) ❑Esposo(a) ❑Hijo Otro(a)	Apellido del Asegurado (a):	Nombre:	Segundo Nombre o Inicial:

Direccion Postal:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

Num. deTelefono:	Num. del Trabajo:	Numero del Celular:
Fecha de Nacimiento:	Sexo: ❑ Femenino ❑ Masculino	Num. Seg. Social:
Nombre del Seguro Secundario: ❑MEDICARE ❑CIGNA ❑UHC ❑BCBS ❑AARP ❑Otro: _____	Num. de Grupo:	Num. de Identificacion:

OTRO SEGURO

Nombre de Seguro:	Num. de Politica:	Num. de Grupo:

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA/ INFORMACION DEL GUARDIAN

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre o Inicial:
Num. de Telefono:	Num. del Trabajo:	Num. del Celular:

Nota Importante	Da permiso para hablarle a la persona en referencia? ❑ Si ❑No

Firma del Paciente/Guardian (Tutor): _____ **Fecha:** _____

REV. 11.03.2016

Plessen Ophthalmology

3006 Orange Grove • PO Box 910 • Christiansted, VI 00821
9000 Lockhart Garden • Suite 4 • St. Thomas, VI 00802

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de su ultimo examen: _____ Con quien o donde: _____

Circule todo sintoma o inquietudes que quiera discutir con el doctor en esta visita:

PERDIDA DE VISION VISION BORROSA HISTORIAL DE GLAUCOMA HISTORIAL DE DIABETES HISTORIAL DE CATARATAS PICASON ARDOR
OJOS ROJOS MANCHAS FLOTANDO DOLOR ALGO ENTERRADO EN EL OJO OJOS ARENOSOS OJOS LLOROSOS NECESITA ESPEJUELOS NUEVOS
OTROS: _____

Circule toda enfermedad a la que usted ha sido diagnosticado por su doctor:

DIABETES ALTA PRESION ARTERIAL ENFERMEDADES DEL CORAZON ENFERMEDADES RENALES ARTRITIS CANCER EMBOLIAS O DERRAME CEREBRAL ENFERMEDADES DEL HIGADO MIGRANA OTROS: _____

Mencione toda enfermedad de los ojos diagnosticado o tratado por su doctor: _____

_____

Mencione todo medicamento recetado que este usando para sus ojos: _____

_____

Que otros medicamentos esta usando, sin incluir medicamento de los ojos: _____

_____

Mencione que cirugias (operaciones) ha tenido en el pasado incluyendo cirugia de los ojos o rayos laser : _____

_____

_____

Es alergico a algun medicamento? NO SI (mencionelos): _____

Algun miembro de su familia (padres, hermanos, abuelos) ha tenido las siguentes enfermedades (circule toda aquella que les aplique: NADA)

CEGUERA GLAUCOMA DEGENERACION (DESGASTE) DE LA MACULA DIABETES CANCER PRESION ALTERIAL ARTRITIS
ENFERMEDADES DEL CORAZON EMBOLIAS O DERRAME CEREBRAL

Consume Alcohol? NO SI Que cantidad? _____

Conduce vehiculo de motor? NO SI

Usted Fuma? NO SI Que cantidad? _____

Firma del Paciente (Testigo) : _____ Fecha: _____

Plessen Ophthalmology

3006 Orange Grove • PO Box 910 • Christiansted, VI 00821
9000 Lockhart Garden • Suite 4 • St. Thomas, VI 00802

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Autorizacion de Beneficios al Seguro Medico

Solicito que todo pago por servicios medicos rendidos a mi persona en esta oficina sean autorizados de acuerdo a los beneficios del seguro medico. Autorizo a cualquier agente de informacion medica a liberar informacion relacionada a mi persona a cualquier agencia de financiamiento y administracion de la salud siempre y cuando sea necesaria para determinar que estos servicios prestados sean pagaderos.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Responsabilidades del Paciente con el Seguro/ Pagar con Fondos Propios

Entiendo que soy responsable por pagos de deducibles, co-seguros, y co-pagos requeridos por mi agencia de seguro medico. Entiendo que soy responsable por pagos de mi propio fondos si no tengo seguro medico.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Anuncio de la Privacidad HIPAA

Nuestra oficina siempre ha apoyado y reconocido que nuestros pacientes esperan que todos sus records y otras informaciones acerca de su cuidado medico sean mantenido bajo confidencialidad. Uno de los requerimientos de las regulaciones de HIPAA son que todo proveedor de cuidado medico distribuya a los pacientes el " Aviso de Practica de Privacidad". Todo paciente puede recibir este aviso si lo solicita o tambien puede leerlo en la sala de espera. No se le requiere al paciente que lea este aviso, pero solicitamos de usted de que tiene conocimiento de que le hemos dado acceso a esta informacion.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Favor de informar a la recepcionista si su visita esta relacionada con Compensacion al Trabajador " Workers Compensation".

3006 Orange Grove Christiansted, VI 00820
Phone: (340) 773-2015 Fax: (340) 719-9590
9000 Lockhart Gardens Ste. 4 St. Thomas, VI 00802
Phone: (340) 774-2015 Fax: (340) 774-9590

Plessen Ophthalmology
Comprehensive Eye Care

Manual de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003

Nuestra política es que todos los médicos y el personal conserven la integridad y la confidencialidad de la Información de salud protegida (PHI) de nuestros pacientes. Esta política es para asegurar que nuestra práctica y sus médicos y personal tengan la información médica y de PHI necesaria para proporcionar la atención médica más alta posible mientras se protege la confidencialidad de nuestros pacientes, la PHI en la mayor medida posible. Los pacientes no deben temer proporcionar información a nuestra práctica, a los médicos y al personal para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO). Con ese fin, nuestra práctica, médicos y personal:

- Cumplir con los estándares establecidos en el Aviso de prácticas de privacidad
- Recopilar, usar y divulgar su PHI solo de conformidad con las leyes estatales y federales y los convenios y / o autorizaciones actuales del paciente, según corresponda. Nuestra práctica, nuestros médicos y nuestro personal no utilizarán ni divulgarán PHI para usos fuera de las prácticas de TPO, como comercialización, empleo, aplicaciones de seguro de vida, etc., sin autorizaciones del paciente.
- Usar y divulgar PHI para recordarles a los pacientes sus citas a menos que nos indiquen que no lo hagamos.
- Reconocer que la PHI recopilada sobre el paciente debe ser precisa, oportuna, completa y disponible cuando sea necesario. Implementaremos medidas razonables para proteger la integridad de toda la información médica protegida que se mantiene sobre los pacientes.
- Reconocer que los pacientes tienen derecho a la privacidad y a respetar su dignidad en todo momento. Respetaremos la privacidad del paciente en la medida compatible con la prestación de la atención médica de la más alta calidad posible y con la administración eficiente de la instalación.
- Actuar como administradores de información responsable y tratar toda la PHI como confidencial y sensible. En consecuencia, nuestra práctica, sus médicos y personal:
    - Relaciona todos los datos de PHI como confidenciales de acuerdo con la ética profesional, los estándares de acreditación y los requisitos legales.
    - No divulgará la información de PHI a menos que los pacientes (o un representante autorizado) hayan autorizado adecuadamente la divulgación o que la divulgación esté autorizada por la ley.
- Reconocer que, aunque la práctica "posee" el registro médico, los pacientes tienen derecho a inspeccionar y obtener una copia de su PHI. Además, los pacientes tienen derecho a solicitar una enmienda a sus registros médicos si creen que la información es inexacta o incompleta. Nuestra práctica, sus médicos y el personal:
    - Permitir el acceso del paciente a sus registros médicos cuando sus solicitudes escritas son aprobadas por nuestra práctica. Si negamos su solicitud, entonces debemos informar a los pacientes que pueden solicitar una revisión de nuestra negación. En tales casos, haremos que un profesional de la salud en el lugar revise las apelaciones del paciente.
    - Brinde a los pacientes la oportunidad de solicitar la corrección de la PHI inexacta o incompleta en sus registros médicos de acuerdo con la ley y los estándares profesionales.
- De conformidad con una autorización según lo exigen las reglas HIPAA. Proporcionaremos la lista a los pacientes que lo soliciten, siempre que sus solicitudes sean por escrito.
- Cumplir con las restricciones relacionadas con el uso o la divulgación de la PHI que los pacientes hayan solicitado y hayan sido aprobados por nuestra práctica.

Nuestra práctica, sus médicos y el personal se comprometen a cumplir con esta política. Nuestra práctica no tolerará las violaciones de esta política. La violación de esta política es motivo de acción disciplinaria, que puede incluir la terminación del empleo y sanciones penales o profesionales de acuerdo con nuestras prácticas, normas y reglamentos del personal.

Nuestra práctica puede cambiar esta política de privacidad en el futuro. Cualquier cambio entrará en vigencia a partir del lanzamiento de una política de privacidad revisada y se pondrá a disposición de los pacientes que lo soliciten. Si tiene preguntas o inquietudes, no dude en comunicarse con el Gerente de práctica al (340) 773-2015.