

Optomap o dilatación ocular

Como parte de un examen ocular completo, se recomienda que **TODOS** los pacientes evalúen minuciosamente la salud interna de sus ojos. Esto se realiza como un examen de retina dilatada o con la cámara **Imagen de Retina Optomap**. La dilatación de las pupilas con gotas para los ojos todavía se considera la forma más completa de ver la retina.

Nuestros médicos están comprometidos a descubrir y documentar problemas oculares como **degeneración macular, retinopatía diabética, glaucoma, orificios de retina o desprendimientos** (todos los cuales pueden provocar pérdida parcial de la visión o ceguera). Las enfermedades sistémicas como la hipertensión arterial y la diabetes también se pueden descubrir durante el examen de retina. Debido a una vista limitada de las estructuras internas del ojo, estas condiciones de salud son difíciles de detectar (y potencialmente tratar) sin la cámara de **Imagen de Retina Optomap** o sin la dilatación de las pupilas.

Optomap:

- Proporciona un escaneo de bienestar ocular.
- Le permite a su médico revisar su imagen de retina Optomap con usted.
- Proporciona un registro anual permanente.
- Ofrece una vista en profundidad de las capas de la retina (donde puede comenzar la enfermedad)
- Es rápido, fácil y cómodo.
- **NO requerirá gota dilatadora** (la gota provocaría sensibilidad a la luz y visión borrosa durante 4-6 horas)

Es posible que algunos pacientes también necesiten dilatar los ojos; esto depende de lo que su médico determine que es mejor para sus ojos. Ejemplo: Deberá estar dilatado si viene para una evaluación de cataratas, moscas volantes, destellos de luz u otros trastornos oculares que se evalúan mejor con la dilatación.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA: HAY UN CARGO ADICIONAL DE \$ 39.00 QUE SE COBRARÁ EN LA FECHA DEL SERVICIO. LA IMAGEN RETINAL DE OPTOMAP NO ESTÁ CUBIERTA POR SEGURO.

He leído y comprendido lo anterior, y

- Quiero tanto la DILATACIÓN como la Imagen de Retina Optomap; acepto pagar la tarifa de \$ 39.00 hoy. (RECOMENDADO)
- No quiero que me dilaten y acepto pagar la tarifa de \$ 39.00 por la imagen de retina Optomap.
- Rechazo la imagen de retina Optomap pero deseo que mis ojos se dilaten.
- Rechazo tanto la imagen de retina Optomap como la dilatación en este momento. (NO RECOMENDADO)

Nombre del paciente en letra de molde: _____ Fecha de nacimiento: _____

Paciente/Tutor Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento de padre/madre

Yo, _____, padre o tutor legal de _____
(nombre del padre / tutor en letra de imprenta) (nombre del paciente en letra de imprenta)

autorizo la dilatación de sus ojos para un examen ocular de rutina y/o tratamiento médico necesario que se considere necesario por personal médico calificado. Este formulario permanecerá en vigor hasta que yo lo revoque por escrito.

Nombre del menor/paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/Tutor Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento del Paciente para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida

1. Con mi consentimiento, Eye Physicians of Long Beach, a Medical Group, Inc. puede usar y divulgar Información Médica Protegida (IMP) sobre mí para llevar a cabo Operaciones de tratamiento, Pago y Atención médica (OPA). Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Eye Physicians of Long Beach para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

- Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento.
- Eye Physicians of Long Beach, a Medical Group, Inc. se reserva el derecho de revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Un Aviso de prácticas de privacidad revisado en el futuro puede obtenerse enviando una solicitud por escrito a Eye Physicians of Long Beach, un Medical Group, Inc. en 2925 Palo Verde Ave., Long Beach, CA 90815.

2. Con mi consentimiento, Eye Physicians of Long Beach, a Medical Group, Inc. puede enviar por correo, fax, correo electrónico, llamar mi casa u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo la OPA, como recordatorios de citas, elementos del seguro y cualquier llamada, fax o correo electrónico relacionado con mi atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio, las recetas de medicamentos, las recetas de anteojos y lentes de contacto, la fabricación de los lentes de los anteojos y cualquier otro detalle para brindarme el mejor servicio posible.

Tengo derecho a solicitar que Eye Physicians of Long Beach, a Medical Group, Inc. restrinja la forma en que usa o divulga mi IMP para llevar a cabo OPA. Sin embargo, esta oficina no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas; pero, si lo hace, está obligado por este acuerdo. Por la presente doy mi consentimiento para el uso de mi Información Médica Protegida de la manera indicada en los puntos uno y dos. No se requiere más consentimiento y este consentimiento seguirá siendo efectivo hasta que solicite lo contrario por escrito.

Firma

Fecha

Responsabilidades Fiancieras

Queda entendido y acordado que notificaré a Eye Physicians of Long Beach, un grupo médico, Inc. de cualquier cambio (s) en mi seguro y que seré personalmente responsable de todos los costos incurridos debido a cualquier cargo (s) en caso de que no se realice la notificación. Muchos seguros, incluido Medicare, no pagan refracciones. Si se realiza una refracción (la parte del examen para determinar la prescripción de los anteojos), entiendo que puedo ser responsable del costo. Autorizo el pago de beneficios a Eye Physicians of Long Beach, a Medical Group, Inc. por los servicios médicos prestados. Queda entendido y acordado que cualquier suma de dinero pagada en virtud de esta cesión se acreditará en mi cuenta y en caso de que la suma sea insuficiente para liquidar dicha cuenta, entonces yo seré personalmente responsable del saldo impago de la cuenta. En caso de incumplimiento, también puedo ser responsable de los costos de cobranza, una tasa de interés razonable y/o los honorarios razonables de los abogados.

Firma

Fecha



Carlos E. Martinez, M.D.
Lars H. Hertzog, M.D., F.A.C.S.
Roya H. Ghafouri, M.D.
Randal Nguyen, M.D.
Ajay Manchandia, M.D.
Lindsey Van, O.D.
Maryam Mirzaei, O.D.
Phone 562.421.2757 Fax 562.420.7267

AVISO DE PRIVACIDAD

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad describe con más detalle cómo se puede utilizar o divulgar su información médica, y cómo puede acceder a su información. Autorizo a EPLB a proporcionar información médica y detalles pertinentes de mi historial médico a los siguientes representantes/individuos personales. Si sus representantes personales designados cambian, debe comunicarse con EPLB por escrito para solicitar el cambio.

Cónyuge: _____

Hijos: _____

Hermanos: _____

Padre/Tutor: _____

Cuidador/Residencia de ancianos: _____

Otro: _____

Al firmar, reconozco que he leído y entiendo completamente este Aviso de prácticas de privacidad.

Paciente/Tutor legal Nombre

Fecha

Paciente/Tutor legal Firma

* Un representante personal según se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) es cualquier miembro de la familia, amigo o individuo designado por el paciente a quien se le puede divulgar la información de salud del paciente.

Revisión Médica de Sistemas

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿USTED ACTUALMENTE TIENE ALGUN PROBLEMA EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AREAS?

Marque Solamente las Cajas que son Si. No es necesario marcar las cajas que es NO

OJOS	
Pérdida de Visión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Perdida de Visión de Lado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Visión Distorsionada o Halos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Visión Fluctuante	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Parpadeos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Flotadores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor de Ojo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Visión Doble	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cruzando o Derivando lo Ojos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Descarga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sensación de Cuerpo Extraño	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sensación Arenosa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sequedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Comezón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ardor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lagrimo Excesivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Brillo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Orzuelo (Grano en el Ojo)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro _____	
CONSTITUCIONAL	
Fiebre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fatiga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Aumento de Peso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
PIEL	
Erupciones o cambios en color de Piel	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Comezón o Sequedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cambio en las Unas o Pelo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

OIDOS, NARIZ, BOCA & GARGANTA	
Dificultad para escuchar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Zumbido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Vértigo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Congestión Nasal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nariz con Moqueo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Goteo Post-Nasal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hemorragia Nasal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sequedad de Garganta/Boca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ronquera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Claudicación de Mandíbula	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CARDIOVASCULAR	
Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro _____	
RESPIRATORIO	
Toz	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Falta de Aliento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sibilancias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
GASTROINTESTINAL	
Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Vomito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Acidez	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diarrea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nausea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
GENITO-URINARIO	
Frecuencia para Orinar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor o Ardor al Orinar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hombres	
Secreción	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lesión o Masas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Mujeres	
Actualmente Embarazada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Masas en el Seno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Secreción de Seno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sangrado Vaginal/Secreción	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

MUSCULOESQUELETAL	
Dolor de Articulación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hinchazón de Articulación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor de Musculo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Calambre de Musculo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
NEUROLÓGICO	
Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Adormecimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hormigueo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Debilidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Parálisis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desmayo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pérdida de Conocimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
PSIQUIÁTRICO	
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro _____	
ENDOCRINO	
Intolerancia a el calor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Intolerancia al Frio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sed Excesiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hambre Excesiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
HEMATOLOGÍA	
Hematomas Fácil	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sangrado Fácil	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hinchazón de Ganglios Linfáticos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ALERGIAS	
Alergias Estacionales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Notas/Comentarios Adicionales:

Formulario De Información Medica

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Usted usa anteojos o lentes de contacto? Si No ¿Si es si, Por cuanto tiempo? _____

Por favor ✓ si alguno de los siguientes aplican a usted y la fecha cuanto primero ocurrió:

PROBLEMAS MEDICOS					
Condición	Por favor ✓	Fecha	Condición	Por favor ✓	Fecha
Alzhéimer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Sarcoidosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Asma/COPD/Bronquitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Cáncer – tipo _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Ataques	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Diabetes – tipo _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Sífilis/Gonorrea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Hepatitis/Ictericia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	Otros Problemas Médicos (Favor de listar)		
Lesión en la Cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____		
VIH Positivo/SIDA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____		
Enfermedad de Riñón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____		
Lupus	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____		
Migraña	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____		

HISTORIAL QUIRÚRGICO					
¿Ha tenido usted cirugía general ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Ha tenido usted cirugía de ojos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Favor de listar:			Favor de listar (incluir cirugía de laser o parpado):		
Cirugía	Fecha	Cirujano/Hospital	Cirugía	Fecha	Cirujano/Hospital
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

MEDICAMENTOS (Favor de Listar)	
Nombre	Dosis
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
¿Es alérgico a algún medicamento, anodiné, látex o anestesia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es si , favor de listar abajo:	

¿Usted requiere antibióticos antes de trabajo dental o cirugía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

PROBLEMAS MEDICOS DE FAMILIA		
Algún miembro familiar tiene:	Favor ✓	Pariente
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Cataratas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Ambliopía/Estrabismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____
Otro (Listar): _____		

HISTORIAL SOCIAL	
¿Está usted embarazada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted fuma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted toma alcohol?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted toma cafeína?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted usa drogas ilegales?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Esto es para certificar, yo el abajo firmante, consentimiento a exanimación y tratamiento. Esta información y cualquier fotografía pueden ser usadas para ciencia y propósitos educacionales. Yo por lo presente autorizo a Atlantis Eyecare de dar información a mi portador de aseguranza, empleador, medico refiriendo, u otro médico acerca de mi tratamiento y/o enfermedad. Yo transfiero asignación de todos mis beneficios de aseguranzas a Atlantis Eyecare por servicios, tratamiento, suministros o cirugías proveídas por médicos o personal. Yo entiendo que **YO SOY RESPONSABLE POR CUALQUIER CANTIDAD QUE MI ASEGURANZA NO CUBRA.**

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____ 5/5