

# Patient Registration Form

Date of Appointment: \_\_\_\_\_

## Información de Paciente

Nombre		Segundo Nombre		Apellido (como aparece en la tarjeta de seguro)	
Sexo	Estado Civil	Fecha de Nacimiento (Edad)		Numero de Seguro Social	
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
Tel. de Hogar		Tel. Movil		Correo Electrónico	
Referido Por		Medico Primario		Teléfono de Medico Primario	
Farmacia	Tel. de Farmacia		Dirección de Farmacia		

## Información de Empleador/Escuela

Empleador / Escuela		Profesión		Tel. de Empleador / Escuela	
Dirección de Empleador / Escuela			Ciudad	Estado	Código Postal

## Información de Contacto de Emergencia

Nombre de Contacto de Emergencia		Tel. de Contacto de Emergencia		Relación con el Paciente	
----------------------------------	--	--------------------------------	--	--------------------------	--

## Facturación y Seguro

### Seguro Medico Primario

Compañía de Seguro			Plan		
Numero de Plan		Numero de Grupo		Empleador / Escuela del Asegurado	
Nombre del Asegurado (como aparece en la tarjeta de seguro)			Relación con el Paciente		Tel. del Asegurado
Dirección del Asegurado			Ciudad	Estado	Código Postal
No. de Seguro Social del Asegurado		Fecha de Nacimiento de Asegurado			

### Seguro Medico Secundario

Compañía de Seguro			Plan		
Numero de Plan		Numero de Grupo		Empleador / Escuela del Asegurado	
Nombre del Asegurado (como aparece en la tarjeta de seguro)			Relación con el Paciente		Tel. del Asegurado
			No. de Seguro Social del Asegurado		

### Parte Responsable

Nombre de Facturación (si es distinto de paciente)			Teléfono		Relación con el Paciente
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal

Firma del Paciente o Guarda Autorizado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Date of Appointment: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

### Información de Visita

¿Quién era su oculista anterior?

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Qué te trae a la oficina de hoy?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Medicamentos Corrientes

¿Qué medicamentos está tomando actualmente?

Nombre	Dosis	Frecuencia
Nombre: _____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
Nombre: _____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
Nombre: _____	Dosis: _____	Frecuencia: _____
Nombre: _____	Dosis: _____	Frecuencia: _____

### Ojos

¿Tiene alguna de las siguientes?

- Visión Borrosa
- Visión Distorsionada
- Ojos Secos
- Ardencia
- Sensación de Arena en los Ojos
- Ojos Aguados
- Visión Fluctuante
- Ojo Sensible a la Luz
- Visión Doble
- Pérdida de la Visión
- Mucosidad en los ojos
- Picazón
- Dolor en los Ojos
- Enrojecimiento en los ojos
- Orzuelo
- Infección del Párpado
- Sensación de cuerpo extraño en el ojo
- Ojos Cansados

### Antecedentes Medicos

¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes?

- Ataque al Corazon
- Degeneración Macular
- Diabetes
- Trastorno de la Retina
- Enfermedad de la Cornea
- Glaucoma
- Ceguera
- El Síndrome de Sjogren
- Cancer
- Colesterol Alto
- Enfermedad del Corazon
- Artritis
- Enfermedad Renal
- Estrabismo (Ojo Perezoso)
- SIDA / VIH
- Cataratas
- Problemas de Tiroides
- Lupus

### Lifestyle Factors

¿Alguna vez has fumado?

Si  No # de años \_\_\_\_\_ # de paquetes / día \_\_\_\_\_

¿Fuma usted ahora?

Si  No # de paquetes / día \_\_\_\_\_

¿Usa drogas recreativas?

Si  No typos? \_\_\_\_\_ # de veces / semana \_\_\_\_\_

¿Cuánto alcohol consumí por semana?

# de bebidas/ semana \_\_\_\_\_

¿Usted conduce?

Si  No

¿Tiene dificultad para conducir?

Si  No

### Alergia

¿Eres alérgica a alguno de los siguientes?

- Anta Adhesiva
- Antibióticos
- Latex
- Barbitúricos (Pastillas para dormir)
- Aspirina
- Yodo
- Codeina
- Sulfa
- Anestésicos locales

¿Tiene alguna otra alergia?

Nombre \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Reacción \_\_\_\_\_

### Cirugías y Lesiones en los Ojos

¿Alguna vez has tenido una cirugía ocular o tratamientos laser de ojos?

Si  No

Razón \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Razón \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Usted usa lentes?

Si  No

¿Usted usa lentes de contactos?

Si  No Afirmativo, que marca? \_\_\_\_\_ Potencia \_\_\_\_\_

¿Cuando fue su último examen del ojo?

fecha \_\_\_\_\_

### Antecedentes Familiares

¿Alguien en su familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

- Ataque al Corazon
- Degeneración Macular
- Diabetes
- Trastorno de la Retina
- Enfermedad de la Cornea
- Glaucoma
- Ceguera
- El Síndrome de Sjogren
- Cancer
- Colesterol Alto
- Enfermedad del Corazon
- Artritis
- Enfermedad Renal
- Estrabismo (Ojo Perezoso)
- SIDA / VIH
- Cataratas
- Problemas de Tiroides
- Lupus

Detalles:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Hospitalizaciones y Cirugías

Razón \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Razón \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Natalie Velazquez OD & Associates Inc.  
222 Main Avenue, Passaic NJ 07055  
Tel. 973-778-4662 Fax 973-778-3427  
Lic# OA00602000 OM# 00063500

---

### Appointment Cancellation Policy

It is our desire to provide the best care possible to all of our patients at all times. Furthermore, we strive to be on time for all scheduled appointments and avoid the long waiting times commonly occurring in other medical offices. To accomplish these objectives, we do not overbook appointments except in cases of an emergency. Unfortunately, this does mean that regularly scheduled appointments are a scarce commodity that must be accorded their proper value. When an appointment is canceled without adequate time to fill the time slot or when an individual fails to be present for an appointment without canceling that appointment, it interferes with the care available to all patients and impairs the proper functionality of the office. To avoid having to undertake changes that would radically change the way we deliver our medical care, the following policy is effective immediately and in all circumstances:

- 1) It is the responsibility of the patient or their legal guardian to be aware of the correct time and date of any scheduled appointment. A reminder phone call from our office is a courtesy and not a requirement for adherence to this policy.
- 2) It is the responsibility of the patient or their legal guardian to be aware of their Insurance Company requirements and to meet those requirements, including obtaining all required referrals, prior to receiving treatment for your scheduled appointment.
- 3) Appointments must be canceled within 24hrs of your scheduled appointment to avoid incurring a cancellation fee. Any patient canceling an appointment after the 24hr period prior to their appointment will be responsible for a Cancellation Fee Of \$50, payable prior to receiving further treatment.
- 4) Patients failing to be present for a scheduled appointment without canceling will be assessed a No-Show Fee Of \$75, payable prior to receiving further treatment.
- 5) Patients who fail to be present to any scheduled appointment without adequate notice of cancellation 2 or more appointments will need to leave a credit card on file as security prior to receiving further treatment. The credit card will be charged the corresponding fee if the scheduled appointment is not kept or canceled appropriately.
- 6) Patients who fail to be present for an appointment or who cancel an appointment without adequate notice on a total of 3 or more occasions may be discharged from the practice and asked to seek alternative medical care with another physician without further warning.
- 7) Patients who are present for an appointment without the required referral, may choose to be seen without the referral and pay for services via Cash or Credit/Debit (No Checks Accepted) at time of the visit or they will be assessed a No-Show Fee of \$75.

I have fully read and understand these policies and have been given the opportunity to discuss them with the office staff or seek care with an alternative physician. I accept the conditions listed in this policy and will abide by the financial and logistical requirements they impose.

Printed Name (Patient/Legal Guardian/Parent) \_\_\_\_\_

Signature (Patient/Legal Guardian/Parent) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Staff Witness Signature \_\_\_\_\_

## Signature on File Form

### • *RESPONSIBILITY STATEMENT* •

Your insurance is a method for you to receive reimbursement for fees you have paid to the optometrist for services rendered. Having insurance is not a substitute for payment. Many companies have fixed allowances or percentages based on your contract with them not with our office. It is your responsibility to pay in advance for the deductible, coinsurance, or any other balances not paid for by your insurance. We will assist you in receiving reimbursement as much as possible, but you are responsible in advance for your bill.

### • *FINANCIAL RESPONSIBILITY* •

By signing this statement you agree to be financially responsible for all charges.

### • *AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION* •

I authorize any holder of medical information about me to release to the Health Care Financing Administration and its agents any information needed to determine benefits or the benefits payable for related services. This assignment will remain in effect until revoked in writing. A photocopy of this assignment is considered to be as valid as the original.

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

La Ley Federal de Transportabilidad y Contabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) protege a los pacientes de la utilización o la divulgación no autorizada de su información médica y cambia los tipos de formularios que le pedimos que firme y los tipos de permisos que solicitamos. Este formulario de autorización le pide que nos autorice por escrito para consentir que ciertas personas y/o grupos usen y/o divulguen su información médica protegida para la siguiente investigación. Tómese todo el tiempo que haga falta para decidir si desea permitir, para la investigación, la utilización y divulgación de su información médica protegida. Puede preguntarnos lo que quiera sobre cualquier aspecto de esta autorización que no comprenda. La información médica específica que se utilizaría o divulgaría sobre usted en la investigación incluye todo tipo de información médica que pueda identificarle individualmente y que haya sido recolectada o generada como resultado de esta investigación. La utilización y divulgación de su información médica protegida tiene como fin incorporar dicha información a los resultados de la investigación.

Las personas y grupos que están autorizados a usar o divulgar su información médica protegida incluyen el equipo de investigación (investigadores, enfermeras, administradores de información, etc.).

Las personas y grupos que están autorizados para recibir su información médica protegida incluyen los comités e individuos que participan en la supervisión de la investigación, incluso el o los patrocinadores de este estudio y cualquier compañía que haya sido contratada por el patrocinador para supervisar la investigación, la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos, la Oficina de Protección a Sujetos Humanos de Investigación de los Estados Unidos y otras agencias federales que participan en esta investigación.

Esta autorización no tiene una fecha automática de vencimiento. Sin embargo, usted tiene el derecho a finalizar esta autorización retirándola, por escrito, cuando usted desee. Si usted lo hace, el investigador podrá todavía utilizar la información ya recogida. Si retira esta autorización, no podrá seguir participando activamente en la investigación. Su retiro deberá hacerlo por escrito y dirigido al investigador principal. No se le exige firmar este formulario, y puede rehusarse si lo desea. Los proveedores de atención médica del centro médico no podrán rehusarse a proporcionarle tratamiento o cualquier otro servicio de atención médica si usted se niega a firmar este formulario. Sin embargo, si rehúsa firmar este formulario no podrá participar en la investigación, ya que los investigadores no podrán tener acceso a la información que necesitan para conducir su investigación. El patrocinador de esta investigación y otros posibles receptores de su información médica pueden no estar cubiertos bajo las reglas HIPAA, y por lo tanto, ellos podrían tener permiso para compartir su información médica sin su autorización. Para informarse sobre la confidencialidad fuera de la investigación, sírvase consultar su formulario de consentimiento para divulgar información como sujeto de investigación. Durante el transcurso de la investigación, usted no tendrá el derecho de inspeccionar o copiar su información médica protegida obtenida o creada por los investigadores para usarla en la investigación. Cuando haya terminado el estudio de investigación, usted tendrá el derecho de inspeccionar o copiar este expediente, con ciertas excepciones dispuestas en las leyes correspondientes. Si, después de concluir el estudio de investigación, le gustaría inspeccionar o copiar su expediente, comuníquese con Dra. Natalie Velazquez por el teléfono (201) 325-9277 para recibir mayor información.

He leído esta autorización, la cual explica la manera en que mi información médica protegida será utilizada o divulgada por la investigación. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas que tenía acerca de la utilización y divulgación de mi información médica protegida para la investigación y todas mis preguntas fueron respondidas. Por este medio autorizo y convengo en el uso o divulgación de mi información médica protegida con la cual se me puede identificar, como se explica anteriormente, para la investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante en la investigación / representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del participante en la investigación  
(Si no es la persona que firma el formulario)

\_\_\_\_\_  
Parentesco de la persona que firma el formulario con el participante en la investigación

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE HIPAA