

FECHA: _____

ADS ACCOUNT # (solo uso interno): _____

FORMULARIO DE REGISTRO
POR FAVOR IMPRIMA LEGIBLEMENTE

Apellido: _____

Primer Nombre: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ - _____ - _____

Muerjer: _____ Hombre _____ ESTADO CIVIL: _____

Direccion (APT#): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

TELÉFONO DE CASA: () _____

TELÉFONO DE TRABAJO: () _____

Movil: () _____

EMAIL: _____

Empleador: _____

Empleador direccion: _____

Empleador Cuidad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Persona de contacto emergencia: _____ TELÉFONO: _____

Relacion: _____

Medico de atencion primaria: _____ TELÉFONO: _____

¿Cómo supiste de nosotros?: _

Mitchell Eye Institute, P.C.
Formulario de historia clínica

Nombre: _____ FECHA: _____

En un esfuerzo por pasar tanto tiempo de calidad con usted durante su examen como sea posible, le agradeceríamos que rellene la mayor cantidad de la siguiente información como sea posible mientras espera O antes de llegar.

MEDICAMENTOS ACTUALES

Dosis

Razón para tomarlo

FARMACIA ACTUAL: _____ Localización _____ Numero# _____

Su altura? _____ Peso actual? _____ La presión arterial más reciente ? _____

¿Fumas? _____ Si solías hacerlo, ¿cuándo lo dejaste? _____

¿Tiene alguna afección médica o se ha sometido a alguna cirugía? (use el reverso si es necesario)

Por favor, compruebe si experimenta alguno de los siguientes síntomas:

Fiebre: _____ Pérdida de peso: _____ Fatiga: _____ Dolores de cabeza: _____ Congestión sinusal: _____

Problemas de oído/equilibrio: _____ Tos: _____ Dolor de pecho: _____ Dificultad para respirar: _____

Dolor abdominal: _____ Vómitos: _____ Dificultad para comer: _____ Náuseas: _____

Artritis: _____ Erupciones: _____ Debilidad: _____ Depresión o problemas psicológicos: _____

Confusión: _____ Problemas hormonales: _____ Problemas de sangrado o coagulación: _____

Alergias a medicamentos?: _____

Antecedentes familiares de mis problemas? _____

Raza: _____ Etnia: _____ Idioma Preferido: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Mitchell Eye Institute, P.C.
8218 Wisconsin Ave, Suite P-10
Bethesda, Maryland 20814

Mitchell Eye Institute, P.C.
130 Park Street SE, Suite 300
Viena, Virginia 22180

Entiendo que, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), Tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede utilizarse y se utilizará para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones normales de salud tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

El *Aviso de Prácticas de Privacidad* publicado contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tenía el derecho de cambiar su *Aviso de Prácticas de Privacidad* de vez en cuando y que puedo contactar con esta organización en cualquier momento en la dirección anterior para obtener una copia actual del *Aviso de Prácticas de Privacidad*.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También entiendo que usted no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si usted está de acuerdo entonces usted está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre: (Imprimir Nombre)

PATIENT SIGNATURE: _____

Date: _____

GUARDIAN NAME/SIGNATURE: _____

Relationship to Patient: _____

USO DE OFICINA SOLAMENTE

Intenté obtener la firma del paciente en reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación:

Date: _____ Initials: _____ Reason: _____