

Mary M. Varn, MD, LLC – El papel de la información del paciente (El hijo)

El nombre del paciente _____ Sexo: M F

Dirección de domicilio (el número y la calle) _____

(La ciudad) _____ (El estado) _____ (El código postal) _____

El número de la Seguro Social _____ - _____ - _____ La fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

La edad del paciente _____ El número de teléfono de la casa (____) _____ - _____

El número de teléfono celular (____) _____ - _____

El nombre del padre _____ La fecha de nacimiento del padre ____ / ____ / ____

El número de la Seguro Social del padre _____ - _____ - _____

El número de teléfono celular del padre (____) _____ - _____

El lugar de trabajo del padre _____

El número de teléfono en el trabajo del padre (____) _____ - _____

El nombre del madre _____

La fecha de nacimiento de la madre ____ / ____ / ____

El número de la Seguro Social de la madre _____ - _____ - _____

El número de teléfono celular de la madre (____) _____ - _____

El lugar de trabajo de la madre _____

El número de teléfono en el trabajo de la madre (____) _____ - _____

El nombre de un contacto en caso de una emergencia _____

El número de teléfono (____) _____ - _____

La relación con el paciente _____

El tutor legal (si no se alista arriba) _____

(Necesitamos una copia del documento legal que indica que usted es el tutor legal de este menor de edad)

EL SEGURO PRIMARIO

EL SEGURO SECUNDARIO

El nombre del asegurado _____

El nombre de la compañía de seguros _____

El número de la póliza _____

El número del grupo _____

Enviado por: De guardia Las páginas amarillas Amigo/ Pariente Médico (su nombre)

El nombre del médico que usa frecuentemente (con o sin receta médica)

¿Quién es responsable de pagar? _____

YO AUTORIZO que todos los pagos por los servicios medicales prestados a mí o mis dependientes se efectúan a MARY M. VARN, MD, LLC. **ADEMÁS YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE ALGUNA CANTIDAD NO CUBIERTA POR EL SEGURO.**

Si yo me atraso en los pagos y hay que usar una agencia de cobro a morosos, soy responsable de todos los costos requeridos para recaudar la deuda.

FIRMA _____

FECHA ____ / ____ / ____

SE REQUIERE EL PAGO POR LAS VISITAS DE OFICINA ANTES DE QUE SALGA USTED

PERMISO PARA TRATAR EN LA AUSENCIA DE LOS PADRES O EL TUTOR LEGAL

Yo, _____, por la presente doy fe que soy el padre, la madre o el tutor legal de _____.

(Si está estando firmado por un tutor legal, necesitamos una copia del documento legal que indica que usted es el tutor legal de este menor de edad)

POR FAVOR MARQUE USTED UNO DE LOS SIGUIENTES:

_____ Le doy a Mary M. Varn, MD, LLC permiso para atender a este(a) hijo(a)/menor de edad en mi ausencia. Esto significa que atenderemos al paciente si él o ella es llevado(a) por alguien más de los padres o un tutor legal.

_____ No le doy a Mary M. Varn, MD, LLC permiso para atender a este(a) hijo(a)/menor de edad en mi ausencia. Esto significa que no atenderemos al paciente si él o ella no está acompañado(a) por el padre, la madre, o un tutor legal.

Firma _____ Fecha ____/____/____

Testigo _____

Nombre del paciente _____.

Ocupación o nivel de escuela del paciente _____.

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? _____.

Por favor conteste Ud. las siguientes preguntas sobre la salud del paciente – Ponga un círculo alrededor de los que sean aplicables o rellenar los espacios vacíos

1. Condiciones médicas – alergias, anemia, angina, artritis, arteriosclerosis, asma, transfusión de sangre, cáncer, colon, diabetes, enfisema, gota, cardiopatías / ataque al corazón, alta presión arterial (hipertensión arterial), hiperactividad (Déficit de atención), nacimiento prematuro (peso al nacer /edad gestacional semanas), ataques, derrame cerebral, enfermedad de los tiroides, otros _____.
2. Problemas con los ojos – catarata, problemas de la córnea, defecto visual de los bizcos (estrabismo), diplopía, glaucoma, oscurecimiento y debilidad de la vista, sin defecto apreciable del ojo (ambliopía), degeneración macular, desprendimiento de la retina, el desgarrar, otros _____.
3. Haga una lista de los medicinas que toma regularmente _____.
4. Haga una lista de todos los alergias a medicaciones que tiene _____.
5. Resuma los sistemas del cuerpo – ***trace un círculo alrededor de los que sean aplicables al paciente***
 - general - fiebre crónica, subir o bajar de peso impensadamente, fatiga
 - ENT (la otorrinolaringología) – pérdida del oír, problemas de seno
 - el corazón – el dolor del pecho, latido del corazón irregular
 - respiratorio – respiración dificultosa o sibilante, asma, bronquitis
 - gastrointestinal – acidez de estómago, el dolor abdominal, diarrea, hepatitis
 - tracto urinario – infecciones de la vejiga o el riñón, dolor o incomodidad
 - el piel – las erupciones, eccema, dermatitis
 - músculo-esquelético – dolores musculares, artritis, las articulaciones hinchadas
 - neurológico – entumecimiento, debilidad, parálisis, dolor de cabeza, demoras de desarrollo, dificultades con leer
 - psiquiátrica – depresión, ansiedad
 - hematología – anemia, anemia de células falciformes/drepanocitosis, inmunosupresión
 - alergia – alergias estacionales, fiebre del heno
 - endocrino – diabetes, problemas de los tiroides
6. ¿Fuma el paciente? sí / no Si la respuesta es “sí”, ¿Cuánto? _____.
- ¿Bebe el paciente alcohol? sí / no Si la respuesta es “sí”, ¿Cuánto? _____.
7. **Antecedentes familiares** de enfermedad médica – cáncer, diabetes, cardiopatías / ataque al corazón, alta presión arterial (hipertensión arterial), derrame cerebral, otro _____.
8. **Antecedentes familiares** de problemas de los ojos - catarata, problemas de la córnea, defecto visual de los bizcos (estrabismo), glaucoma, oscurecimiento y debilidad de la vista, sin defecto apreciable del ojo (ambliopía), degeneración macular, desprendimiento de la retina, otros _____.

Revisado ___ / ___ / ___ por ___ / ___ MD

ctualizado ___ / ___ / ___ por ___ / ___ MD

Mary M. Varn, MD, LLC

Consentimiento en usar y divulgar la información protegida de salud

El uso y la divulgación de su información protegida de salud

Su información protegida de salud será usada por **Mary M. Varn, MD, LLC** o revelada a otros efectos del tratamiento, obtener el pago o apoyar a las operaciones de atención sanitaria diarias de la clínica.

El aviso de los ejercicios privados

La ley exige que **Mary M. Varn, MD, LLC** le suministra a usted un aviso que describe la manera en que la información sobre usted puede ser usada y revelada. Adicionalmente, tenemos que suministrarle información que trata de las maneras en que puede acceder a esta información. Estas políticas y estos ejercicios son definidos en el folleto de “Aviso de las políticas y ejercicios privados” que se ha dado a usted. **POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE.**

Solicitando que se pone trabas al uso o la revelación de su información

Usted puede solicitar que se pone trabas al uso o la revelación de su información.

Mary M. Varn, MD, LLC puede o no puede estar de acuerdo con la restricción del uso o la revelación de su información protegida de salud (vea a “la autorización”).

Si **Mary M. Varn, MD, LLC** está de acuerdo con su solicitud, la restricción es obligatoria para la clínica. El uso o la revelación la información protegida que viola una restricción fijada violará el criterio en la privacidad federal.

La revocación de consentimiento

Puede derogar el consentimiento al uso y la revelación de su información protegida de salud. Debe derogar este consentimiento por escrito. Algún uso de la revelación que ya ha ocurrido antes de la fecha en que se recibe su revocación de consentimiento estará afectado.

La reservación del derecho de cambiar los ejercicios privados

Mary M. Varn, MD, LLC mantiene el derecho de modificar los ejercicios privados repasados en el aviso. Yo entiendo que **Mary M. Varn, MD, LLC** me avisará de estos cambios por el método que he autorizado o durante mi próxima visita.

Firma

Yo he repasado este impreso de consentimiento, recibido el folleto llamado “Aviso de las políticas y ejercicios privados” y doy a **Mary M. Varn, MD, LLC** permiso para usar y revelar mi información de salud de acuerdo con este consentimiento y el aviso suministrado.

Nombre del paciente (escriba con letra de molde)

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante del paciente

La relación al paciente

Autorización compuesta para la publicación de información - Mary M. Varn, MD, LLC

Paciente _____ **Fecha de nacimiento** ____/____/____

Mary M. Varn, MD, LLC es autorizada a publicar información protegida de salud a las personas jurídicas nombradas abajo sobre el paciente nombrado arriba. El propósito es informar al paciente u otros con respecto a las instrucciones del paciente.

La información demográfica incluye el nombre, la dirección, y el número telefónico del paciente. La información médica incluye detalles de la examinación, como la vista, la condición de los ojos, y la notación que el paciente tenía las pupilas dilatadas y por eso su vista podría ser borrosa.

Las personas jurídicas que recibirían la información (marque usted cada persona jurídica a quien aprueba usted a recibir la información)	La descripción de la información para ser publicada (marque usted cada que puede ser dado a la persona jurídica marcada en el lado izquierdo en la misma área de casillas)
<input type="checkbox"/> El buzón de voz en trabajo u otro lugar (especifique usted) _____	<input type="checkbox"/> La confirmación de tener hora <input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Necesita información / excusa para empresario <input type="checkbox"/> Necesita información / excusa para escuela (Hay que marcar información médica a la derecha por una excusa)	<input type="checkbox"/> La información demográfica <input type="checkbox"/> La información médica: toda o especifique _____
<input type="checkbox"/> El cónyuge del paciente adulto (suministre el nombre) _____	<input type="checkbox"/> La información demográfica <input type="checkbox"/> La información médica: toda o especifique _____
<input type="checkbox"/> El padre o hijo del paciente adulto (suministre el nombre) _____	<input type="checkbox"/> La información demográfica <input type="checkbox"/> La información médica: toda o especifique _____
<input type="checkbox"/> El cuidador – incluye los abuelos, el babysitter, los tíos, los amigos (suministre el nombre) _____	<input type="checkbox"/> La información demográfica <input type="checkbox"/> La información médica: toda o especifique _____
<input type="checkbox"/> Otros – como BabyNet, Playworks, CRS _____	<input type="checkbox"/> La información demográfica <input type="checkbox"/> La información financiera <input type="checkbox"/> La información médica: toda o especifique _____

Los derechos del paciente
 Yo entiendo que tengo derecho a derogar esta autorización en cualquier momento y que tengo derecho a examinar o copiar la información protegida de salud para ser revelada como descrita en este documento por enviar una notificación a Mary M. Varn, MD, LLC, 233 East Blackstock Road, grupo de oficinas J, Spartanburg, SC 29301. Yo entiendo que una revocación no es efectiva en los casos donde la información ya ha sido revelada pero será efectiva a partir de ese momento.
 Yo entiendo que la información usada o revelada como consecuencia de esta autorización puede estar sujeta a una revelación de nuevo por el recipiente y puede que no vaya a ser protegida por la ley estado ni federal.
 Yo entiendo que tengo derecho a negarse a firmar esta autorización y que mi tratamiento no va a ser dependido de firmar. Esta autorización estará en efecto hasta que sea derogada por el paciente o un representante del paciente.

Fecha ____/____/____

La firma del paciente o representante personal

Especifique la autoridad del representante personal: _____ el padre del menor de edad / _____ el tutor legal
 (suministre documentación)

U otro (especifique) _____

El servicio y precio de visita de refracción

Una refracción es hecha para determinar si un paciente adulto o pediátrico es miope, hipermetrope, o tiene un astigmatismo y si las gafas o las lentes contactos son necesarias o necesitan ser cambiadas. Esto es una parte **esencial** de la examinación de los ojos y es **especialmente importante para los hijos** de cualquiera edad para **ayudarnos a identificar problemas** como ambliopía (oscurecimiento y debilidad de la vista, sin defecto apreciable del ojo) y estrabismo (defecto visual de los bizcos) además de determinar por qué un hijo pudiera haber fracasado los exámenes de la vista en la escuela o la oficina de médico. Esta refracción es de vital importancia en **ayudarnos a determinar precisamente como bien es su vista**. Si su vista no puede ser corregida con las gafas, puede que tenga alguna forma de enfermedad de los ojos, y una refracción podría ser la única manera en descubrirla.

La mayoría de los planes de seguro médico, que incluye Medicare, no cubre las refracciones rutinarias ni las examinaciones de los ojos rutinarias (cuando no se sabe ni se sospecha un problema médico con los ojos). Medicare permite que carguemos separadamente por esa porción de la examinación, porque no es un servicio cubierto.

Si tiene un plan de vista separado que no cubre las examinaciones de los ojos rutinarias o anuales, infórmenos por favor. No aceptamos los planes de vista siguientes: EyeMed, Opticare, Spectara, VSP, y Blue Choice PEN.

Nuestro precio por una refracción es \$30 y este precio debe ser pagado en el momento de servicio, además de algún copago su plan de seguro puede requerir. En el caso que su plan nos pague por la refracción, le reembolsar a usted como corresponde.

Medicaid pagará por una refracción cada año calendario. Si una refracción es necesaria con anterioridad a **un año completo**, usted es responsable del precio de la refracción en el momento de servicio.

Reconocimiento del paciente

Yo he leído la información arriba y entiendo que una refracción puede ser un servicio que no es cubierto. Acepto toda la responsabilidad financiera por el costo de este servicio y entiendo que se requiere pagar en el momento de servicio. Entiendo que algún copago, coaseguro, o deducible que tengo son separados del pago de la refracción y no son incluidos.

La firma del paciente (el padre o el tutor legal si es menor de edad)

_____/_____/_____
La fecha

El # de tabla