

INFORMACION DE PACIENTE

Richard S. Kalski, M.D.
Cataract, Corneal & Refractive Surgery
Board Certified Ophthalmologist

7000 S.W. 97th Avenue
Suite 114
Miami, FL 33173
T: 305.665.2023
F: 305.665.2363
www.kalskivision.com
E: kalskivision@aol.com



Vision Correction Specialists

Nombre del Paciente (Apellido, Primer Nombre) : _____

Direccion: _____ -- Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Telefono: _____ Celular: _____

Lugar de Empleo/Ocupacion: _____ Telefono: _____

Direccion de Empleo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Correo Electronico: _____

Numero de Seguro Social: _____ Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____

Genero: Masculino _____ Femenino _____ Estado Matrimonial: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____

Nombre de Medico Primario/Cabecera _____

Referido por (Circule Uno): Seguro / Paciente / Medico / Optometrista/Otro: _____

(Nombre de la persona responsable por la cuenta Medica o Nombre del Asegurado)

Nombre: _____ Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Telefono/Calular: _____ Telefono de Empleo: _____

Lugar de Empleo y Direccion: _____

Relacion del Asegurado con el Paciente (Circule Uno): El Asegurado Esposo/Esposa Hijo/Hija Otro _____

Nombre del Seguro Primario: _____

Nombre del Seguro Secundario: _____

Por Favor de presentar su tarjeta de seguro para hacer una fotocopia

Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre a Richard S. Kalski, M.D. P.A. para cualquier servicio proporcionado. Autorizo a Richard S. Kalski, M.D. a liberar a mi compañía de seguros, a sus agentes o a cualquier otro proveedor de beneficios médicos, cualquier información necesaria para determinar esos beneficios o beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Entiendo que si me ven sin una referencia de mi médico de atención primaria y mi plan de salud requiere que obtenga esa referencia; mi plan de salud no puede cubrir los cargos, costos o gastos de mi examen por Richard S. Kalski, M.D. en ese caso, seré responsable de pagar mi factura además de los copagos / deducibles

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON SU SALUD

SECCIÓN A: La información del Paciente dando éste Consentimiento:

NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO / CELULAR: _____
SEGURO SOCIAL: _____

SECCIÓN B: AVISO PARA EL PACIENTE – Porfavor lea atentamente las siguientes declaraciones.

PROPÓSITO DEL CONSENTIMIENTO: Al firmar éste Documento, usted da su consentimiento a nuestro establecimiento, al uso y revelación de su información (que será protegida), para llevar a cabo sus tratamientos, actividades de pago y su atención médica, respecto a su salud.

AVISO DE PRIVACIDAD: Usted tiene el derecho de leer el Formulario de Privacidad y Revelación de salud, antes que usted decida firmar éste Consentimiento.

La Póliza de Privacidad: La Póliza contiene una descripción sobre los tratamientos, actividades de pago, sus procedimientos en nuestro establecimiento, y el uso y revelación que tuvieramos que hacer a través de su información; específicamente relacionado con su salud o otros detalles respecto a la protección y privacidad sobre su salud.

Una fotocopia del formulario, indicando su privacidad y derechos como paciente, será disponible si usted lo solicita.

Le aconsejamos que lea el Consentimiento atentamente antes de firmar. Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestras pólizas, como está indicado en éste consentimiento. Si nosotros cambiamos el Formulario respecto a las pólizas de privacidad, le entregaremos el nuevo formulario con los cambios. Esos cambios pudieran afectar cualquier parte del Formulario que esté relacionado con la Práctica de Privacidad de los pacientes. Usted puede obtener esta información, incluyendo todos los nuevos cambios que se incluiría en el Formulario si contacta:

Richard S. Kalski, M.D.

Dirección: 7000 SW 97th AVE, Suite 114, Miami, FL 33173

Teléfono: 305-665-2023

Su Derecho a Revocar: Usted tiene el derecho de revocar éste consentimiento en cualquier momento **Por Escrito**. Si usted firmó un Consentimiento anteriormente, porfavor entienda que revocando éste consentimiento, no va afectar las acciones tomadas anteriormente por nuestra oficina. Por lo tanto, tenemos la opción de no aceptarlo como paciente, si usted no firma éste consentimiento.

NOMBRE: Yo _____, túve la oportunidad de leer los comentarios del Formulario sobre la Revelación de Privacidad. Entiendo que al firmar éste Consentimiento, Estoy dando mi consentimiento para que ésta oficina Médica pueda proceder con la información protegida respecto a procedimientos, actividades de pago, y información sobre mi salud.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Richard S. Kalski, M.D.
Cataract, Corneal & Refractive Surgery
Board Certified Ophthalmologist
www.kalskivision.com
E: contactus@kalskivision.com

7000 S.W. 97th Avenue
Suite 114
Miami, FL 33173
T: 305.665.2023
F: 305.665.2363



NOTIFICACION IMPORTANTE PARA MIS PACIENTES

Tenga en cuenta que su visión podría verse afectada temporalmente después de los exámenes oculares en nuestra oficina. Las gotas para los ojos que dilatan sus pupilas pueden ser una parte necesaria de su examen para asegurar resultados precisos y para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad ocular. El uso de gotas para dilatar, así como otros métodos de exploración y tratamiento pueden causar visión borrosa, lo que posiblemente interfiera con su capacidad para conducir de manera segura. Si su visión es borrosa, siéntase libre de permanecer en nuestra oficina hasta que su visión vuelva a la normalidad. Si es necesario, nuestro personal puede ayudarlo a organizar el transporte alternativo. Si tiene alguna pregunta, consulte a nuestro personal.

REFRACCIÓN: El procedimiento para verificar o determinar su prescripción de lentes no está cubierto por Medicare ni por compañías de seguros privados. **EL COSTO DE UNA REFRACCIÓN ES DE \$50.00. NO ACEPTAMOS PLANES DE VISIÓN. ESOS PLANES SE REFIEREN A OPTOMETRISTAS.**

Firma de Paciente: _____

Firma de Testigo: _____

Fecha: _____

NOTIFICACION PARA PADRES Y CUSTODIA LEGAL

Entiendo que los ojos de mi hijo pueden estar dilatados, lo que podría afectar temporalmente la visión. Escalar, andar en bicicleta y otras actividades podrían ser potencialmente peligrosas y deben evitarse hasta que la visión vuelva a la normalidad. Si tiene alguna pregunta, consulte a nuestro personal.

Firma de Paciente: _____

Firma de Testigo: _____

Fecha: _____

Richard S. Kalski, M.D.
Cataract, Corneal & Refractive Surgery
Board Certified Ophthalmologist
www.kalskivision.com
E: Contactus@kalskivision.com

7000 S.W. 97th Avenue
Suite 114
Miami, FL 33173
T: 305.665.2023
F: 305.665.2363



Vision Correction Specialist

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Medico de Atencion Primaria: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Historia Ocular: (Porfavor marque todo lo que corresponda)

- Ambliopia
- Ojos Secos
- Cataratas
- Anteojos
- Retinopatía Diabética
- Glaucoma

- Ninguna
- Iritis
- Queratocono
- Neuritis Óptica

- Degeneración de la Macula
- Desprendimiento de Retina
- Otras Enfermedades Oculares:

Cirugías Oculares: (Porfavor marque todo lo que corresponda)

- Blefaroplastía
- Cirugía de Cataratas
- Transplante de Córnea
- Laser para Glaucoma Laser (LPI, Shunt, Istent, SLT)
- Trauma ocular
- Tapones Lagrimales
- Cirugía Refractiva (LASIK, LASEK, RK, PRK)

Ninguna

- Cirugía de Laser para Retina
- Cirugía para Estrabismo
- Vitrectomía (para Retina)
- Otras Enfermedades Oculares:

Enfermedades Sistémicas: (Porfavor marque todas las que correspondan)

- SIDA
- Anemia
- Asma
- Artritis
- Sangramiento
- Cancer
- Varicela
- COPD
- Diabetes
- Eczema
- Fibromialgia
- Dolores de Cabeza
- Herpes Simple
- Herpes Zóster
- Enfermedad del Corazón
- Marcapasos
- Desfibrilador
- Pérdida de audición

Ninguna

- Hepatitis A/B/C
- Alta Presion
- Colesterol alto
- Enfermedad del Riñon
- Calculos del Riñon
- Enfermedad del Hgado
- Lupus
- Meningitis
- Migrañas
- MARS

- Esclerosis Múltiple
- Polimialgia
- Enfermedad de los Pulmones
- Disorden Psiquiátrico
- Artritis Reumatoide
- Cáncer de la Piel
- Ataque Cerebrovascular
- Enfermedad de la Tiroide
- Otras Enfermedades :

Embarasada: (Porfavor Circúle) SI NO NA

Lactancia Materna: (Porfavor Circule) SI NO NA

Medicamentos Actuales para los Ojos: (Porfavor escribir claro)

Cirugías Generales: (Por favor indique)

Medicamentos Actuales y Vitaminas: (Por favor indique)

NOMBRE Y TELEFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA _____

Historia Familiar: (Porfavor indique)

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñon | <input type="checkbox"/> Ataque Cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Ojo Vago | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Retina | <input type="checkbox"/> Otras Enfermedades: |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Alta presion | <input type="checkbox"/> Degeneración de la Mácula | _____ |

Historia Social: (Porfavor Indique)

- Fumar: Nunca he fumado Fumo todos los dias Fumo socialmente Fumé en el pasado
- Alcohol SI NO Si Contesta "Si", Cuanto y con que frecuencia? _____
- Uso de Drogas: SI NO Si Contesta "Si", Cuanto y con que frecuencia? _____

Si usted tiene alguna pregunta respecto a este formulario, o si hay otra información que usted piense que es importante, por favor hable con el doctor.

Yo certifico que las preguntas que eh contestádo, estan correctas. Yo no responsabilizaré al Doctor ni a su personal por los errores o omisiones que yo pueda haber cometido en este formulario.

Firma de Paciente

Fecha

Firma de Medico

Fecha