

<i>NOMBRE COMPLETO</i>	<i>FECHA DE NACIMIENTO</i>
<i>DOMICILIO</i>	<i>SEGURO SOCIAL</i>
<i>CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL</i>	<i>NUMERO DE LICENCIA</i>
<i>NUMERO DE CASA</i>	<i>NUMERO DE CELLULAR</i>
<i>CORREO ELECTRONICO</i>	<i>CIRCULE</i> <i>HOMBRE MUJER</i>

Doctor Primario:

Nombre: _____ Telefono: _____

Dirección: _____

<u>IDIOMA</u>	<u>RAZA</u>	<u>ETNIA</u>
<input type="checkbox"/> INGLÉS	<input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO	<input type="checkbox"/> HISPANO/LATINO
<input type="checkbox"/> ESPAÑOL	<input type="checkbox"/> AFRO-AMERICANO	<input type="checkbox"/> NO HISPANO/LATINO
<input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> ASIÁTICO	
	<input type="checkbox"/> BLANCO	
	<input type="checkbox"/> OTRO	
	<input type="checkbox"/> NO QUIERO CONTESTAR	

NOMBRE DE ASEGURANZA PRIMARIA	NUMERO DE POLIZA
NOMBRE DE ASEGURANZA SECUNDARIA	NUMERO DE POLIZA

CONTACTO DE EMERGENCIA(NOMBRE Y RELACION AL PACIENTE)	NUMERO DE TELEFONO
--	--------------------

Por la presente autorizo a todos los beneficios de seguros a pagar directamente a Access Eye Institute. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los gastos medicos. Doy mi consentimiento y autorizo el plan de tratamiento , la administración de diagnóstico y terapéutico que puede ser considerado aconsejable o necesaria a juicio de Access Eye Institute. Entiendo que Access Eye Institute puede o no puede ser contraído con mi seguro y es mi responsabilidad asegurarme de mis beneficios del seguro. Hay una cuota de \$25 si no se da aviso de cancelación dentro de 24 horas en anticipacion. Entiendo que al firmar esta hoja de información del paciente he leído, y he entendido todo lo anterior.

Firma de Paciente: _____ *Fecha:* _____

Cuestionario Medico

Historia Familiar: ___ Glaucoma ___ Problemas de la Retinal ___ Diabetes ___ Alta Presión ___ Artritis
 ___ Cancer ___ Enfermedades del corazon ___ Ceguera ___ Infarto Cerebral ___ Cataratas ___ Otro

Revisión de los Sistemas :

¿Tiene actualmente algún problema en las siguientes áreas? Conteste SI o NO :

	SI	NO	Por favor explique si contesto <u>SI</u>
➤ Piel	_____	_____	_____
➤ Oídos, Nariz, Garganta, Boca	_____	_____	_____
➤ Cuello	_____	_____	_____
➤ Respiratorio			
○ pulmones /Respiración	_____	_____	_____
➤ Cardiovascular			
○ del corazón / de la presión arterial	_____	_____	_____
➤ Gastrointestinal			
○ del estómago / intestinos	_____	_____	_____
➤ Genitourinario			
○ del riñón / vejiga	_____	_____	_____
➤ Huesos / Articulaciones / Músculos	_____	_____	_____
➤ Neurológica			
○ entumecimiento / migrañas	_____	_____	_____
➤ Ganglios linfáticos Inflamación	_____	_____	_____
➤ Alergias (Fiebre del Heno)	_____	_____	_____
➤ Tiroides	_____	_____	_____
➤ Diabética	_____	_____	_____
➤ ¿Está embarazada?	_____	_____	_____

Historia social:

- Fuma? Si ___ No ___ Cuanto? _____
- Toma alcohol? Si ___ No ___ Cuanto? _____
- Usa drogas? Si ___ No ___ Cuanto? _____

Oftálmica Historia:

- ¿Alguna vez ha tenido una cirugía de ojo?
 - ___ No
 - ___ Si Cuando _____ Doctor _____ Que tipo _____
- ¿Usa anteojos?
 - ___ No
 - ___ Si Cuantos anos tiene la receta? _____
- ¿Alguna vez ha tenido el ojo lastimado?
 - ___ No
 - ___ Si Por favor Explique: _____
- Tiene usted...?
 - ___ moscas volantes en el ojo ___ Lagrimeo ___ Doble Vision ___ Comezón ___ Ardor
 - ___ Dolores de cabeza ___ Dolor en los ojos ___ tensión nerviosa
 - ___ El deslumbramiento / Problemas de la Luz

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Alergias: _____

Informacion de Farmacia

Farmacia Primaria	Farmacia Secundaria
Nombre de Farmacia: _____	Nombre de Farmacia: _____
Direccion: _____ _____ _____	Direccion: _____ _____ _____
Numero de Telefono: _____	Numero de Telefono: _____

Medicamentos

Tengo una Lista

Nombre de Medicamento	Dosis	Razon de uso?

Nuestra Política Financiera

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención médica posible. Si usted tiene seguro médico, vamos a tratar de ayudarlo a recibir sus beneficios máximos permitidos.

El pago de servicios no cubiertos y copagos se debe en el momento en que se prestan los servicios. Con el fin de agilizar el pago aceptamos dinero en efectivo, cheque, y la mayoría de las tarjetas de crédito .

- ❖ Los pacientes de Medicare
 - o Somos proveedores participantes y enviaremos la factura de Medicare por usted. Usted es responsable de su deducible anual, su copago y cualquier servicio no cubiertos.
- ❖ Pacientes de PPO
 - o Somos proveedores participantes para la mayoría de los planes y cobramos directamente a su compañía de seguro. Después de que nuestra oficina haya recibido el pago y todos los ajustes se han deducido , le enviaremos una factura por el saldo restante.
- ❖ Pacientes de IPA / HMO
 - o A fin de prestar servicios a los pacientes de HMO necesitaremos la autorización previa del médico de referencia , y sólo a la prestación de servicios aprobados por su seguro.

- ❖ Tenga en cuenta que Medicare y la mayoría de los planes médicos no cubren los exámenes oculares de rutina o la porción del examen de la vista médico (refracción) que se realiza para determinar la prescripción de gafas o lentes de contacto. Si usted está teniendo este tipo de examen , usted será responsable del examen de rutina o el cargo de refracción (\$50) a menos que tenga seguro de visión , además de su seguro médico.

Nombre de Paciente: _____

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

INFORMACION / CONCENTIMIENTO PARA DILATAR LA PUPILA

Se utilizan gotas dilatadoras para dilatar o agrandar las pupilas de los ojos a fin de permitir que el oftalmólogo tenga una mejor visualización del interior del ojo.

Las gotas dilatadoras suelen producir visión borrosa durante un determinado período de tiempo que varía de una persona a otra y puede hacer que las luces brillantes sean molestas. Su oftalmólogo no puede predecir hasta qué punto se verá afectada su visión. Debido a que puede ser difícil conducir inmediatamente después de un examen, es aconsejable que haga los arreglos necesarios para no tener que conducir.

Las reacciones adversas, como glaucoma por cierre agudo de ángulo pueden desencadenarse con las gotas dilatadoras. Es un evento extremadamente raro y puede tratarse con atención médica inmediata.

Por la presente autorizo al Dr. _____ y/o a los asistentes que puedan estar encargados de administrar estas gotas, que me las administren. Las gotas son necesarias para diagnosticar mi enfermedad.

Firma del Paciente (o de la Persona Autorizada para Firmar a Nombre del Paciente) Fecha

Firma del Testigo Fecha



PAUL NAZEMI, M.D.
KHALED TAWANSY, M.D.

199 WEST HILLCREST DRIVE
THOUSAND OAKS, CA 91360

PATRICIA BUCKLEY, O.D.
ALEN CHEUNG, O.D.
NEGIN NIKAHAD, O.D.

TEL: (805) 497-7976 FAX: (805) 497-7489

Acuerdo de Paciente

Yo entiendo y comprendo que hay varios proveedores, Oftalmologos y Optometristas, quien son parte de **Access Eye Institute**, y que la visita inicial y subsecuentes, procedimientos, y servicios previstos a mi, pueden ser dados por cualquier proveedor dependiendo en su disponibilidad.

(Firma de Paciente)

(Fecha)



PAUL NAZEMI, M.D.
KHALED TAWANSY, M.D.

199 WEST HILLCREST DRIVE
THOUSAND OAKS, CA 91360
TEL: (805) 497-7976 FAX: (805) 497-7489

PATRICIA BUCKLEY, O.D.
ALLEN CHEUNG, O.D.
NEGIN NIKAH, O.D.

HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

This notice of Privacy Practices describes how we use and disclose your protected health information (PHI) to carry out treatment, payment, or health care operations (TPO) and for other purposes that are permitted or required by law. It also describes your right to access and control your protected health information. Protected health information is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present, or future physical or mental health or condition and related health care services.

Uses and Disclosures of Protected Health Information

Your protected health information may be used and disclosed by your physician, our office staff and other outside of our office that are involved in your care and treatment for the purpose of providing health care services to you, to pay your health care bills, to support the operation of the physicians practice, and any other use required by law.

Treatment: We will use and disclose your protected health information to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. This includes the coordination or management of your health care with a third party. For example, we would disclose your protected your health information may be provided to a physician to whom you have been referred to ensure that the physician has the necessary information to diagnose or treat you.

Payment: Your Protected health information will be used, as needed, to obtain payment for your health care services. For example, Obtaining approval for a hospital stay may require that your relevant protected health information be disclosed to the health plan to obtain approval for the hospital admission.

Health care Operations: We may use or disclose, as needed, your protected health information in order to support the business activities of your physicians practice. These activities include, but are not limited to, quality assessment activities, employment review activities, training of medical students, licensing, and conducting or arranging for other business activities. For example, we may disclose your protected health information to medical school students that see patients at our office. In addition, we may use a sign-in sheet at the registration desk where you will be asked to sign your name and indicate your physician. We may also call you by name in the waiting room when your physician is ready to see you. We may use or disclose your protected health information as necessary, to contact you to remind you of your appointment. We may use or disclose your protected health information in the following situations without your authorization. These situations include: as required by law, Public health issues as required by law, Communicable diseases: Health Oversight: Abuse or Neglect: Food and Drug Administration requirements: Legal Proceedings: Law Enforcements: Coroners, Funeral Directors, and Organ Donations: Research: Criminal Activity: Military Activity and National Security: Workers Compensation: Inmate: Required Uses and Disclosures: Under the law, we must make disclosures to you and when required by the Security of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with the requirements of section 164.500.

Other Permitted and required uses and disclosures will be made only with your consent, authorization or opportunity to object unless required by law.

You may revoke this authorization, at any time, in writing, except to the extent that your physician or the physicians practice has taken action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization.

Your Right

Following is a statement of your rights with respect to your protected health information.

You have the right to inspect and copy your protected health

information: Under federal law, however, you may not inspect or copy the following records; information compiled in reasonable anticipation of, or use in, a civil, criminal, or administrative action or proceeding, and protected health information that is subject to law that prohibits access to protected health information.

You have the right to request a restriction of your protected health

information This means you may ask us not to use or disclose any part of your protected health information for the purpose of treatment, payment, or healthcare operations. You may also request that any part of your protected health information not be disclosed to family or friends who may be involved in your care or for notification purposes as described in the Notice of Privacy Practices. Your request must state the specific restriction requested and to whom you want the restriction to apply. Your physician is not required to agree to a restriction that you may request. If the physicians believes it is in your best interest to permit use and disclosure of your protected health information, your protected health information will not be restricted. You then have the right to use another Healthcare Professional.

You have the right to request to receive confidential communications

from us by alternative means or at an alternative location. You have the right to obtain a paper copy of this notice from us. Up request. Even if you have agreed to accept this notice alternatively i.e. electronically.

You have the right to have your physician amend your protected health

information. If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us and we may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal.

You have the right to receive an accounting of certain disclosures we

have made, if any, of your protected health information. We reserve the right to change the terms of this notice and will inform you by mail of any changes. You then have the right to object or withdraw as provided in this notice.

Complaints: You may complain to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated by us. You may file a complaint with us by notifying our privacy conduct of your complaint. **We will not retaliate against you for filling a complaint.**

This notice was published and became effective on/before **01/01/2016**
We are required by law to maintain the privacy of, and provide individuals with, this notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information.

Signature below is only acknowledgement that you have received this Notice of our Privacy Practices:

Patient Name

Patient (or Guardian) Signature

Date

ACUERDO DE ARBITRAJE ENTRE MÉDICO Y PACIENTE

Artículo 1: Acuerdo de arbitraje: Se sobrentiende que todo conflicto relacionado con la mala praxis médica, ya sea si los servicios médicos prestados según este contrato eran innecesarios o no autorizados, o se prestaron inadecuada, negligente o incompetentemente, o no, será resuelto mediante arbitraje, conforme a las leyes del Estado de California, y no mediante demanda o recurso de acción judicial, con excepción de la revisión judicial de las diligencias de arbitraje, conforme a las leyes del Estado de California. Ambas partes, al firmar este contrato, renuncian a su derecho constitucional de que tal conflicto se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en su lugar, aceptan someterse a arbitraje.

Artículo 2: Toda reclamación ha de someterse a arbitraje: Es la intención de las partes que este acuerdo vincule a todas aquellas partes cuyas reclamaciones surjan o estén relacionadas con el tratamiento o el servicio prestado por el médico, incluyendo todo cónyuge o heredero del paciente y a todos sus hijos, hayan nacido o no, en el momento en que ocurrió el acontecimiento del cual surge dicha reclamación. En el caso de una madre embarazada, el término "paciente" aquí se refiere tanto a la madre como al bebé o a los bebés que ella espera.

Toda reclamación por daños y perjuicios monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de demandas de menor cuantía en contra del médico, de sus socios y adjuntos, de la agrupación, de la persona jurídica o de la sociedad, y de los empleados, agentes o patrimonio de cualquiera de ellos, deben someterse a arbitraje incluyendo, pero sin limitarse a, reclamaciones por pérdida de consorcio conyugal, muerte por negligencia de un tercero, daños psicológicos o daños punitivos. El hecho de que el médico o el paciente inicie una acción judicial en cualquier tribunal para recaudar o refutar honorarios médicos, no significa que se renuncie al derecho de que se imponga el arbitraje para resolver toda reclamación por mala praxis. Sin embargo, tras alegar una reclamación de mala praxis, toda disputa de honorarios, bien sea o no el sujeto de cualquier acción judicial existente, también deberá resolverse mediante arbitraje.

Artículo 3: Procedimiento y Derecho Aplicable: Una demanda de arbitraje ha de ser notificada por escrito a todas las partes. Cada parte elegirá un árbitro (árbitro de esa parte) dentro del plazo de treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) deberá ser elegido por los árbitros nombrados por las partes dentro del plazo de treinta días desde que se haya hecho una demanda de árbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada parte involucrada en el arbitraje deberá pagar una parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos de arbitraje en los que se haya incurrido o que hayan sido aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de letrado ni de testigo u otros gastos en los que se haya incurrido por una de las partes para su propio beneficio. Las partes acuerdan que los árbitros tienen la inmunidad de un agente judicial en lo que se refiere a responsabilidad civil cuando estén actuando en su calidad de árbitro según este contrato. Esta inmunidad deberá suplementar, no suplantar, cualquier otro derecho, jurisprudencial o legislado, que proceda.

Cada parte tendrá el derecho absoluto a arbitrar por separado los asuntos de responsabilidad civil y daños y perjuicios mediante petición por escrito al árbitro neutral.

Las partes consienten la intervención y asociación en este arbitraje de quien de otra manera sería una parte adicional adecuada en una acción judicial y, tras dicha intervención y asociación, toda acción judicial existente en contra de tal persona o entidad adicional deberá ser suspendida pendiente del arbitraje.

Las partes acuerdan que las disposiciones de derecho del Estado de California aplicables a los proveedores de asistencia médica se aplicarán también a los conflictos en el seno de este acuerdo de arbitraje incluyendo, pero sin limitarse a, los artículos 340.5 y 667.7 del Código de Procedimiento Civil y los artículos 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Toda parte puede interponer una petición ante los árbitros, solicitando se dicte un fallo judicial sumario o un fallo extrajudicial sumario de conformidad con el Código de Procedimiento Civil del Estado de California. La divulgación de pruebas deberá llevarse a cabo según el artículo 1283.05 del Código de Procedimiento Civil; sin embargo, se pueden llevar a cabo declaraciones juradas verbales sin que hayan sido aprobadas previamente por el árbitro neutral.

Artículo 4: Disposiciones Generales: Toda reclamación basada en el mismo incidente, transacción o circunstancia afin deberá arbitrarse en un sólo proceso. Deberá renunciarse a la reclamación y ésta se anulará para siempre si (1) en la fecha en que se reciba notificación dicha reclamación y una vez alegada en una demanda civil, fuera anulada según lo dispuesto por la ley de prescripción del Estado de California procedente o (2) la parte demandante no prosigue con la reclamación de arbitraje con diligencia razonable, de conformidad con los procedimientos aquí establecidos. En lo que respecta a cualquier otro asunto no previsto aquí expresamente, los árbitros serán regulados por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil del Estado de California relacionadas con el arbitraje.

Artículo 5: Cancelación: Este acuerdo puede cancelarse mediante notificación por escrito entregada al médico dentro del plazo de treinta (30) días desde la fecha de su firma. El propósito de este acuerdo es que sea pertinente para todos los servicios médicos prestados en todo momento por cualquier enfermedad.

Artículo 6: Vigencia Retroactiva: Si el paciente pretende que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de su firma (incluyendo, pero sin limitarse a, tratamiento de emergencia), el paciente deberá escribir sus iniciales a continuación:

Entra en vigencia en la fecha en que se prestaron los servicios médicos iniciales

Iniciales del Paciente o del Representante del Paciente

Si alguna de las disposiciones del presente acuerdo de arbitraje se considera inválida o imposible de hacer cumplir, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no serán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición.

Entiendo que tengo derecho a una copia de este acuerdo de arbitraje. Al firmar al pie de la página acuso recibo de dicha copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED SE COMPROMETE A QUE TODO ASUNTO RELACIONADO CON NEGLIGENCIA PROFESIONAL MÉDICA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIA A SU DERECHO A JUICIO ANTE UN JURADO O ANTE UN JUEZ. VEA EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Por:

Firma del Médico o Representante Autorizado

(Fecha)

Por:

Firma del Paciente o del Representante del Paciente

(Fecha)

Nombre del Médico, Grupo Médico o Nombre de la Asociación en letras mayúsculas o Sello

Thousand Oaks, CA 91360

Por:

Nombre del Paciente en letras mayúsculas

(o Nombre del Representante del Paciente, en letras mayúsculas y su relación con el mismo)

Debe entregarse al paciente una copia firmada de este documento. El original queda archivado en el historial médico del paciente.
(9-13)