



INLAND VALLEY RETINA

Medical History Questionnaire / Cuestionario Médico

Name/ Nombre _____ Date/ Fecha: _____

Date of Birth: _____ Date of Last Eye Exam: _____
 Fecha de Nacimiento Fecha de último examen visual

Chief Visual Complaint: What is your main visual complaint and how long have you had it?
 ¿Cuál es su principal reclamo visual y por cuánto tiempo lo ha tenido?

List **Trauma** affecting head or eyes: _____
 Lista de los traumas a la cabeza o los ojos

Do you currently have any problems in the following areas?
 ¿Tiene actualmente algún problema en las siguientes áreas?

Eyes Ojos	Yes <i>Si</i>	No	Explanation <i>Explicación</i>	Family History pertaining to eyes Antecedentes familiares relativos a los ojos	Yes <i>Si</i>	No
Loss of vision <i>Pérdida de vision</i>				Glaucoma <i>Glaucoma</i>		
Blurred vision <i>Visión borrosa</i>				Macular Degeneration <i>Degeneración Macular</i>		
Fluctuating vision <i>Fluctuación de la visión</i>				Myopia <i>Myopia</i>		
Distorted vision <i>Visión distorsionada</i>				Unexplained poor vision <i>Mala visión inexplicable</i>		
Loss of side (peripheral) vision <i>Perdida de la visión de un lado</i>				Cataract <i>Cataratas</i>		
Double vision <i>Visión doble</i>				Night blindness <i>Ceguera nocturna</i>		
Eye pain <i>Dolor de ojo</i>						
Excess tearing <i>Ojos llorosos/lagrimeo</i>						
Light sensitivity <i>Sensibilidad a la luz</i>						
Redness <i>Enrojecimiento</i>						
Itching <i>Comezón</i>						
Discharge <i>Secreción ocular</i>						
Poor night vision <i>Mala visión nocturna</i>						
Curtain effect <i>Efecto de cortina</i>						
Flashing lights <i>Destellos de luz</i>						
Floaters <i>Flotadores</i>						
Other eye conditions <i>Otros trastornos oculares</i>						

Past Medical History <i>Historial Médico</i>	Yes <i>Si</i>	No	How long?/Comments <i>Desde Cuando? Comentarios</i>	Personal Habits <i>Hábitos personales</i>	Yes <i>Si</i>	No
Hypertension <i>Hipertensión</i>				Alcohol <i>Alcohol</i>		
Anemia or Blood Disorder <i>Anemia o desorden de la sangre</i>				Smoking <i>Fumar</i>		
Heart Disease <i>Enfermedades del Corazón</i>				Recreational Drugs <i>Drogas recreativas</i>		
Diabetes <i>Diabetes</i>				Occupational Hazards <i>Riesgos Laborales</i>		
Cancer <i>Cáncer</i>						
Cholesterol <i>Colesterol</i>						
Drug abuse history <i>Historia de abuso de drogas</i>						
Tuberculosis <i>Tuberculosis</i>						
Stroke <i>Infarto</i>						
Thyroid Disease <i>Enfermedad de la tiroides</i>						
Inherited Diseases <i>Enfermedades hereditarias</i>						

Do You have **Allergies** to medications? Yes No
¿Es alérgico(a) a algún medicamento?

If Yes, List the medications: _____
Si es alérgico(a), a cual medicina

List Medications presently taking: _____
¿Cuáles medicamentos toma?

List Major Eye Surgeries: _____
Lista de cirugías de ojos



INLAND VALLEY RETINA

MEDICAL ASSOCIATES, INC.

PAUL A. BLACHARSKI, M.D., THEODORE K. LIN, M.D.

Consentimiento de un Paciente Nuevo para Utilizar y Revelar Información de Salud Para Tratamiento, Pago, y/o Operaciones de Cuidado de Salud

Yo, [REDACTED], comprendo que como parte de mi cuidado de salud, INLAND VALLEY RETINA crea y mantiene expedientes en papel y/o electrónicos de mi historial clínico, síntomas, estudios y sus resultados, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan a futuro de cuidado o tratamiento. Comprendo que esta información sirve como:

- Una base para planificación de cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre profesionales de salud que pudiesen contribuir en mi cuidado
- Una fuente de información de diagnóstico e información quirúrgica que se refleja en mi factura
- Un medio a través del cual un pagador tercero puede verificar que los servicios facturados son los servicios proveídos
- Una herramienta para operaciones de rutina en cuidado de salud como evaluar la calidad y capacidad de los profesionales de cuidado de salud.

Comprendo que se me ha proveído un *Aviso de Practicas de Información* que provee una descripción más completa del uso de información y su divulgación. Comprendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar el formulario de consentimiento
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo puede ser utilizada o revelada mi información de salud a fin de facilitar tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de salud.

Comprendo que INLAND VALLEY RETINA no tiene obligación de acceder a las restricciones que solicite. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, exceptuando el alcance hasta donde la organización haya tomado acción basándose en este. Comprendo también que al rehusar firmar este consentimiento o al revocar el mismo, la organización pudiese rehusar a proveerme tratamiento como lo permite el Artículo 164.506 del Código de Regulación Federal.

Comprendo además que Inland Valley Retina se reserva el derecho de hacer cambios a su aviso y sus prácticas previo a su implementación, conforme al artículo 164.520 del Código de Regulación Federal. Si INLAND VALLEY RETINA cambia su aviso, me enviarán una copia de la nueva versión de aviso al domicilio que he proveído (domicilio en E.U. o e-mail si acepto).

Deseo tener las restricciones a continuación para el uso y revelación de información de salud personal:

Comprendo que como parte de las operaciones de tratamiento, pago, o cuidado de salud de esta organización, pudiese ser necesario revelar mi información de salud bajo protección a otra entidad, y autorizo dicha revelación para estos propósitos permitidos, incluyendo su revelación vía fax.

Tengo completo conocimiento y **acepto/ rechazo** los términos de este formulario de consentimiento.

[REDACTED]
Firma del Paciente / Tutor Legal

Fecha



INLAND VALLEY RETINA

Medical Associates, Inc.

PAUL A. BLACHARSKI, M.D., THEODORE K. LIN, M.D.

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION MEDICA A FAMILIARES/INDIVIDUOS DESIGNADOS

En conformidad con las reglas de privacidad del gobierno federal implementadas a través de la Legislación de Portabilidad de Cuidado de Salud de 1996 (HIPPA), para que su médico o profesional de salud pueda discutir su condición con miembros de su familia u otros individuos a quienes usted designe, debemos obtener su previa autorización para poder hacerlo. En caso que se presente un incidente crítico o si usted no puede dar autorización debido a la severidad de su condición médica; la ley estipula que estas reglas pueden ser dispensadas.

____ **NO** doy autorización a INLAND VALLEY RETINA de que comunique verbalmente ninguna información con respecto a mi cuidado médico dejando mensaje de voz en ninguna contestadora personal.

____ **SI** doy autorización INLAND VALLEY RETINA de que comunique verbalmente parte o información total con respecto a mi cuidado médico dejando mensaje de voz en mi contestadora personal/correo de voz, y/o en cualquiera de los números telefónicos que yo proveí en mi formulario de registro.

____ **NO** doy autorización a INLAND VALLEY RETINA a revelar parte o información total con respecto a mi cuidado médico a nadie más aparte de mí.

____ **SI** doy autorización a INLAND VALLEY RETINA a revelar parte o información total con respecto a mi cuidado médico a los individuos que he nombrado a continuación.

Nombre

Parentesco / Relación con Paciente

Nombre

Parentesco / Relación con Paciente

Firma del Paciente / Tutor Legal

Fecha

Firma de Testigo

Fecha



INLAND VALLEY RETINA

MEDICAL ASSOCIATES, INC.

PAUL A. BLACHARSKI, M.D., THEODORE K. LIN, M.D.

MRN _____

Información del Paciente

Paciente _____ Fecha Nacimiento / ____ / ____

Apellido Nombre 2do Nombre

r Domicilio de Hogar o r Centro de Reposo

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (____) _____ Celular (____) _____ E-mail _____

Estado Civil ____ Sexo ____ # Lic. De Conductor ____ # Seguro Social ____ - ____ - ____

Empleador _____ Ocupación _____

Domicilio de Empleador _____ Teléfono (____) _____

Cónyuge, Tutor, Parte Responsable (Indique uno)

Nombre _____ # Seguro Social ____ - ____ - ____

Domicilio _____ # Lic. De Conductor _____

Empleador _____ Ocupación _____

Domicilio de Empleador _____ Teléfono (____) _____

En Caso de Emergencia

Nombre _____ Parentesco _____

Domicilio _____ Teléfono (____) _____

Familiar más cercano (No vive en la misma casa)

Nombre _____ Parentesco _____

Domicilio _____ Teléfono (____) _____

Accidente De Trabajo/ Industrial? Si r No r No Laboral: De Auto? Si r No r

Arribó por la sala de Emergencias? Si r No r Otro? Si r No r

Fecha de Lesión _____ Empleador fue notificado? _____ Aseguradora fue notificada? _____

Aseguradora Industrial _____ # Póliza _____

Domicilio _____ Teléfono (____) _____

Doctor de Atención Primaria

1810 Fullerton Avenue, Ste 206
Corona, CA 92881

29798 Haun Road, Ste 200
Menifee, CA 92586

41900 Winchester Rd, Ste 201
Temecula, CA 92590

Phone: (951) 679-0400

Fax: (951) 672-6667



INLAND VALLEY RETINA

MEDICAL ASSOCIATES, INC.

PAUL A. BLACHARSKI, M.D., THEODORE K. LIN, M.D.

Médico Familiar: Nombre _____ Teléfono (____) _____

Domicilio _____

Optometrista/
Oftalmólogo: Nombre _____ Teléfono (____) _____

Domicilio _____

Información de Seguro Médico

(1) Primario:

Compañía Aseguradora _____ # Grupo _____

Asegurado _____ # Póliza/Miembro ID _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Parentesco de Paciente con Asegurado _____

Médico de recomendación _____ Grupo Médico que envía _____

(2) Secundario: MEDIGAP Jubilado Empleador Secundario

Compañía Aseguradora _____ # Grupo _____

Asegurado _____ # Póliza/Miembro ID _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Parentesco de Paciente con Asegurado _____

Médico de recomendación _____ Grupo Médico que envía _____

(3) Terciario: MEDIGAP Employer Retiree Employer Secondary

Compañía Aseguradora _____ # Grupo _____

Asegurado _____ # Póliza/Miembro ID _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Parentesco de Paciente con Asegurado _____

Médico de recomendación _____ Grupo Médico que envía _____

Entiendo que se pudiesen utilizar gotas de dilatación durante mi examen causando visión borrosa, y no podría conducir con seguridad. No intentare conducir hasta tener la certeza que los efectos del medicamento hayan pasado o me sienta con seguridad para conducir. Los efectos de las gotas pudieran durar una hora o más.

Firma _____ Fecha _____

1810 Fullerton Avenue, Ste 206
Corona, CA 92881

29798 Haun Road, Ste 200
Menifee, CA 92586

41900 Winchester Rd, Ste 201
Temecula, CA 92590

Phone: (951) 679-0400

Fax: (951) 672-6667



INLAND VALLEY RETINA

MEDICAL ASSOCIATES, INC.

PAUL A. BLACHARSKI, M.D., THEODORE K. LIN, M.D.

CONVENIO DE RESPONSABILIDAD ECONOMICA

Comprendo que me corresponde la responsabilidad de pagar a **Inland Valley Retina** por cualquier cargo incurrido que no pague la compañía/s de seguro. Comprendo que soy responsable de pagar a **Inland Valley Retina** cualquier deducible, co-pago, y saldos no cubiertos por la aseguradora/s. Entiendo que los co-pagos y deducible se deben al momento de cada visita o procedimiento. Entiendo que si soy miembro de una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO), yo soy responsable de obtener previa autorización de mi medico primario para cada visita y procedimiento realizado en estas oficinas. Comprendo que si no se obtiene previa autorización, yo pudiera ser responsable económicamente de los cargos incurridos en una fecha en particular de tratamiento.

Un cobro de \$25 se agregara a la cuenta por no asistir a una cita sin avisar con 24 hrs de anticipación

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION Y ASIGNACION DE PRESTACIONES

A MI COMPAÑIA(S) DE SEGURO:

1. Autorizo que se otorgue la información médica necesaria para tramitar mi reclamación de seguro
2. Autorizo y solicito el pago directamente a mis médicos por prestaciones médicas.
3. Acepto que esta autorización cubra todo servicio médico prestado hasta que este sea revocado por mí.
4. Acepto que se utilice una copia de este formulario en lugar de la original.

Firma (paciente o representante) _____ Fecha _____

Nombre _____

Firma (Asegurado si no es el paciente) _____ Fecha _____

MRN _____

Fecha de Nacimiento _____

EN CUMPLIMIENTO CON LA LEGISLACIÓN HITECH (EHR) PARA OBTENER USO SIGNIFICANTE NOS ES NECESARIO TOMAR INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA QUE INCLUYE SU RAZA, ORIGEN ÉTNICO, E IDIOMA DE PREFERENCIA. ESTA ES UNA PARTE IMPORTANTE DE SU HISTORIAL CLÍNICO Y NOS AYUDA A MEJORAR NUESTRO PROCESO DE DE CALIDAD CLÍNICO. FAVOR DE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:



INLAND VALLEY RETINA

Medical Associates, Inc.

Paul A. Blacharski, M.D., Theodore K. Lin, M.D.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

RAZA:

- AFROAMERICANO
- ARABE
- ASIATICO
- CAUCÁSICO
- FILIPINO
- HISPANO
- OTRO _____

ORIGEN ETNICO:

- HISPANO
- NO-HISPANO

IDIOMA PRIMARIO:

- ARABE
- CHINO
- INGLÉS
- FRANCÉS
- COREANO
- ESPAÑOL
- OTRO _____

PREFIERO NO CONTESTAR: _____



INLAND VALLEY RETINA

Medical Associates, Inc.

Paul A. Blacharski, M.D. & Theodore K. Lin, M.D.

AUTORIZACION PARA ENTREGAR REGISTROS MEDICOS

PACIENTE: _____ FECHA/NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____

LA PRESENTE ES PARA SOLICITAR Y AUTORIZAR A:

(NOMBRE DEL DOCTOR O CENTRO MÉDICO AUTORIZADO A REVELAR INFORMACIÓN)

DOMICILIO CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

PARA ENTREGAR REGISTROS MÉDICOS:

(NOMBRE DEL DOCTOR O CENTRO MÉDICO AUTORIZADO A RECIBIR INFORMACIÓN)

DOMICILIO CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

INDIQUE LOS REGISTROS QUE SE HAN DE ENTREGAR

_____ TODO REGISTRO MÉDICO _____ INFORME OPERATIVO
_____ FLUORESCÉINA ANGIOGRAMA/FOTOS _____ ULTRASONIDO
_____ OTRO _____

ESTA AUTORIZACIÓN SE VENCE: _____

CONOZCO MI DERECHO A UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN

(FIRMA DEL PACIENTE O PARTE RESPONSABLE) (PARENTESCO) FECHA

TESTIGO: _____

1810 Fullerton Ave., Ste 206
Corona, CA 92881

29798 Haun Rd., Ste 200
Menifee, CA 92586

41900 Winchester Rd., Ste 201
Temecula, CA 92590

Phone: (951) 679-0400

FAX: (951) 672-6667