



**New Century Ophthalmology, PC**

Medical, Laser, and Surgical Eye Care  
1610 Williamsboro Street, Oxford, NC 27565  
Phone: (919) 693-6661 Fax: (919) 690-1160

**Vinod K. Jindal, MD, FACS**  
Board Certified Ophthalmologist and  
Retina Specialist

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro/ Tax Id: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Por Favor Marque: Género: Mujer / Hombre Estado Civil: Soltero, Casado/a, Divorciado/a, Viuda

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Física (si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_

Numero Telefonico Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ No. Telefonico: \_\_\_\_\_ Relacion Familiar: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ No. Telefonico: \_\_\_\_\_

Doctor que lo Mandó: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Telefonico: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ Locacion: \_\_\_\_\_

Segunda Farmacia: \_\_\_\_\_ Locacion: \_\_\_\_\_

Aseguranza Medica: \_\_\_\_\_ No.de Membro: \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_

Aseguranza Medica Supplemental: \_\_\_\_\_ No. de Membro: \_\_\_\_\_ No. de \_\_\_\_\_

Grupo: \_\_\_\_\_

Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Seguro: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: Mismo / Madre / Padre / Cónyuge Cita Relacionada Con Un Accidente: Si / No

Empleador: \_\_\_\_\_

**Responsabilidades Financieras y Asignación de Beneficios del Seguro Médico:**

Entiendo que mi póliza de seguro está contratada conmigo, y no con New Century Ophthalmology, PC (NCO, PC). Entiendo que soy personalmente responsable ante el médico por todos los cargos por servicios que no están cubiertos por mi seguro. Entiendo que en caso de que New Century Ophthalmology, PC (NCO, PC) no esté dentro de la red con mi compañía de seguros, seré responsable del 100% de los cargos incurridos. Entiendo que todos los copagos y deducibles se deben al momento del servicio. Entiendo que New Century Ophthalmology, PC se reserva el derecho de revisar todos los acuerdos de forma individual para determinar la aceptación continua de la asignación para Medicare y / o cualquier otra compañía de seguros médicos. En caso de que la necesidad médica ya no exista o mi pagador ya no considere que mi consulta está cubierta, entiendo que seré responsable de cualquier saldo adeudado. Esto consiente que e recibido y comprendo mi Declaración de Derechos del Paciente / Cliente y el Aviso de Prácticas de Privacidad. Acepto que NCO, PC pueda contactarme en el futuro, por teléfono, correo electrónico, mensajería instantánea, correo u otros medios de comunicación, con respecto a mis próximas citas y / o saldos adeudados.

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare y / o seguro privado se realice a mí o en mi nombre a New Century Ophthalmology, PC (NCO, PC) por cualquier servicio que me brinde NCO, PC. Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y / o mi seguro privado, y sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**HISTORIA Y REVISIÓN DE SISTEMAS**

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Último Examen de Ojos:** \_\_\_\_\_ **En Donde Fue?** \_\_\_\_\_

**Usted usa lentes? Si / No**    **Usted usa lentes de contactos? Si / No**    **Cual es la marca?** \_\_\_\_\_

**Por Favor conteste las preguntas solo marque lo que usted tiene .**

**Usted ha sido tratado por alguna condición de salud?:** Diabetes (Tipo 1 o 2) - Presion Alta -  
Enfermedad del Corazón - Ataque del Corazón - Enfermedad Pulmonar - Tiroides - Arthritis - Cancer - Colesterol

**Usted ha sido tratado por alguna condición ocular?:** Blefaritis - Cataratas - Ojo Seco  
Glaucoma - Degeneración Macular - Desgarro de Retina - Desprendimiento de Retina - Estrabismo - Carnosidad,  
Otras: \_\_\_\_\_

**Usted ha tenido alguna cirugía médica o ocular:** Cirugia de Corazon - Cancer - Cataratas - Tratamientos de Láser de  
Retina - Cirugia del Parpado - Láser Para No Usar Lentes - Injections Oculares -

Otras: \_\_\_\_\_

**Historial Médica o Ocular de la Familia? Por favor indique quien es?**

Diabetes - Presión Alta - Colesterol - Enfermedad de Corazón - Ataque de Corazón - Ataque Fulminante - Artritis - Cáncer  
- Ceguera - Cataratas - Glaucoma - Degeneración Macular - Desgarro de Retina - Otras: \_\_\_\_\_

**Usted tiene alguna de estas síntomas?**

Salpullido - Sequedad Excesiva - Pérdida de Audición - Problemas Sinusales - Dolor de Garganta - Dolor de Pecho -  
Latido de Corazón Irregular - Falta de Respiración - Tos - Fatiga - Acidez - Dolor Abdominal - Diarrea - Vómito - Dolor  
de Músculos - Dolor de Coyunturas - Parálisis - Entumecimiento / Debilidad - Pérdida de Peso o Subida de Peso -  
Ansiedad - Depresión - Orta: \_\_\_\_\_

**Usted tiene actualmente alguna de estos problemas?(Queja Principal)**

Perdidad de Vison: Derecha / Izquierdad - Vison Baja - Sensacion de Que Algo Esta en el Ojo - Dolor de Cabeza -  
Destellos de Luz - Vison Borroza - Flotadores (ex.Ciculos Negros) - Dolor - Ardor - Irritacion - Ojos Rojos - Comezon -  
Fotofobia(Sensibilidad a la Luz) - Otras : \_\_\_\_\_

**Usted tiene alguna alergia a:**

Amoxicilina - Antihistamínicos - Aspirina - Codeína - Tinte de contraste - Eritromicina - Hidrocodona - Ibuprofeno -  
Yodo - Látex - Morfina - Neosporina - Prednisona - Penicilina - Esteroides - Medicamentos de sulfa  
Otras: \_\_\_\_\_

**Usted fuma?** Anteriormente / Actualmente (Cuantos Paquetes? \_\_\_) / Nunca

**Usted toma alcohol?** En Ocasiones / Socialmente / Todo Los Dias (Cuantas? \_\_\_\_\_)

**Usted usa drogas?** Si / No

**Usted está tomando actualmente algún medicamento:** Si / No **Por favor escriba todos sus medicamentos.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Usted usa gotas o pomadas para los ojos? Recetados o Comprados Sin Receta**

\_\_\_\_\_

**Reviewed by:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Provider Signature**



## New Century Ophthalmology, PC

Medical, Laser, and Surgical Eye Care

1610 Williamsboro Street, Oxford, NC 27565

Phone: (919) 693-6661 Fax: (919) 690-1160

Vinod K. Jindal, MD, FACS

Board Certified Ophthalmologist and  
Retina Specialist

### CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por la presente doy mi consentimiento para que **New Century Ophthalmology, PC (NCO, PC)**, use y divulgue información médica protegida (**PHI**) sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (**TPO**). (**NCO,PC** el Aviso de prácticas de privacidad de la proporciona una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones).

Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. **NCO, PC** se reserva el derecho de revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso revisado de prácticas de privacidad enviando una solicitud por escrito a **New Century Ophthalmology, PC Privacy Officer en P.O. Box 914, 1610 Williamsboro Street, Oxford NC 27565**.

Entiendo que con este consentimiento, **NCO, PC** puede contactarme en el futuro, por teléfono, correo electrónico, mensajería instantánea, correo u otros medios de comunicación y dejar un mensaje de voz si es necesario. Entiendo que cualquier contacto de emergencia enumerado por mí, **NCO, PC** tiene el consentimiento para contactar a dicha persona si es necesario.

Entiendo que si alguna consulta o procedimiento / prueba se realiza y no está cubierto por mi proveedor de seguro médico, **NCO, PC** impondrá cargos bajo mi responsabilidad. Entiendo que seré responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Entiendo que no es responsabilidad de **NCO, PC** saber si mi seguro es un proveedor de seguros dentro de la red. Entiendo que si no presento todo el seguro médico necesario para facturar cualquier servicio brindado de manera oportuna, seré responsable de los cargos denegados por el límite de presentación oportuno.

Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está sujeto a este acuerdo. Al firmar este acuerdo, entiendo que **New Century Ophthalmology, PC** usará y divulgará cualquiera de mis PHI para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica.

Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones en base a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o luego lo revocó, **New Century Ophthalmology, PC**, puede negarse a brindarle tratamiento.

Se publica una copia de aviso de privacidad de **New Century Ophthalmology, PC** y a mi disposición si quisiera revisarlo. Entiendo que también puedo solicitar una copia de este formulario para mantener mis registros en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Imprimir

\_\_\_\_\_  
Fecha