

Welcome to Pacific Optometry Group!

Bienvenidos a Pacific Optometry Group!

Patient Registration and Health History

Date: ___/___/___

Registración del Paciente

Fecha

Patient Name: ___ Age: ___ Birth Date: ___/___/___ [] Male [] Female
Nombre paciente Edad Fecha de Nacimiento Masculino Femenino

Address: ___ If student, Grade: ___
Dirección Si estudia, Grado

City: ___ State: ___ Zip Code: ___ Home Phone: (___) ___
Ciudad Estado Código postal Teléfono de Casa

E-mail Address: ___ Work Phone: (___) ___
Correo electrónico Teléfono de Trabajo

Occupation ___ Cell Phone: (___) ___
Ocupación Teléfono de Celular

How did you hear about us? ___ Is this your 1st visit? [] Yes [] No
Cómo se enteró usted de nosotros? Es esto su primera visita? Si No

Reason for seeking vision care: [] Glasses [] Vision Therapy [] Low Vision Rehab [] Lasik Consultation
Razone para buscar cuidado de visión hoy Gafas Terapia de visión Rehabilitación baja de visión Consulta de lasik

[] Contact Lens [] Other Eye Problem: ___
Lentilla Otros problemas de ojo

Family Health History

Historia familiar de salud

Yes No

- [] [] Blindness/Ceguera
[] [] Cancer/Cáncer
[] [] Cataracts/Cataratas
[] [] Diabetes/Diabetes
[] [] Glaucoma/Glaucoma
[] [] Heart Problem/Problema cardíaco
[] [] High Blood Pressure/Hipertensión
[] [] Macular Degeneration/Degeneración maculara
[] [] Retinal Detachment/Separación retinal
[] [] Other/Otro: _____

Patient Health History

Historia de la salud de paciente

Yes No

- [] [] Blindness/Ceguera
[] [] Cancer/Cáncer
[] [] Cataracts/Cataratas
[] [] Diabetes/Diabetes
[] [] Glaucoma/Glaucoma
[] [] Heart Problem/Problema cardíaco
[] [] High Blood Pressure/Hipertensión
[] [] Macular Degeneration/Degeneración maculara
[] [] Retinal Detachment/Separación retinal
[] [] Other/Otro: _____

Are you pregnant? [] Yes [] No
¿Está usted embarazada?

Are you taking any medications? [] Yes [] No If yes, what are you taking? ___
¿Toma usted medicamento? Si sí, qué medicamento?

Are you allergic to any medications? [] Yes [] No If yes, which? ___
¿Es usted alérgico a medicamento? Si sí, qué medicamento?

When was your last visit to the physician? ___ What is your physician's name? ___
¿Cuándo estuvo su última visita a su médico? Qué fue el nombre de su médico?

When was your last eye examination? ___ What is your previous eye doctor's name? ___
¿Cuándo fue su último examen de ojo? Qué fue el nombre de su oculista anterior?

Consent to Professional Services
Consentimiento a los Servicios Profesionales

I hereby authorize Dr. Sally and/or associates at Pacific Optometry to render optometry services and eye care to me/to my child ____, and I accept the responsibility for payment of services rendered.

Yo autorizo a la Dr. Sally y/o a los asociados en Pacific Optometry a rendir servicios y cuidado visual a mi or a mi hijo/a, y acepto la responsabilidad del pago de los servicios hechos.

Signature of Patient/Guardian
Firma del Paciente/Guardian

Date
Fecha

REVIEW OF SYSTEMS: Do you now have or have you ever had any of the following health problems?

La revisión de Sistemas: Ahora tiene usted o jamás ha tenido usted cualquiera de los problemas siguientes de salud?

PROBLEMS/PROBLEMAS	YES/SÍ	NO/NO	IF YES, EXPLAIN/SI SÍ, EXPLICA
Eyes			
* Eye injury or pain/Herida en el ojo odolor			
* Loss of vision/La pérdida de visión			
* Blurred vision/Visión enturbiada			
* Tired eyes/Ojos cansados			
* Redness/Rojez			
* Itchy/Picason de ojos			
* Excessive tears/Lágrimas excesivas			
* Vision disturbance (spots, flashes)/ Alboroto de visión (lugares, destellos)			
* Light sensitivity (glare)/Sensibilidad ligera			
* Double vision/Vision doble			
* Glaucoma/Glaucoma			
* Cataract/Cataratas			
* Macular degeneration/Degeneración maculara			
* Diabetic retinopathy/Diabético Retinopathy			
* Amblyopia			
* Eye turn/Ojo dado vuelta			
* Keratoconus			
Respiratory (asthma, emphysema, etc)/ Respiratorio (asma, enfisema)			
Cardiovascular (high blood pressure, vascular diseases, etc)/ (hipertensión, enfermedades vasculares)			
Gastrointestinal(diarrhea, constipation, ulcers)/ (la diarrea, el estreñimiento, las úlceras)			
Genitourinary (genitals, kidney, bladders)/ (los genitales, el riñón, las vesículas)			
Muscles/Bones/Joints (arthritis)/ Los músculos/deshuesa/coyunturas (artritis)			
Endocrine (diabetes, thyroid, etc)/ El endocrino (la diabetes, la tiroides, etc)			
Psychiatric (anxiety, depression, etc)/ Psiquiátrico (ansiedad, la depresión, etc)			
Blood/Lymph (anemia, high cholesterol, etc)/ La sangre/linfa (anemia, colesterol alto, etc)			
Allergic/Immunologic (hay fever, lupus, etc) Alérgico/inmunológico (polinosis, el lupus, etc)			
Skin/Piel			
Neurological (headaches, multiple sclerosis) Neurológico (dolores de cabeza, la esclerosis múltiple, etc)			

Information is kept strictly confidential. You may discuss this portion directly with the doctor if you prefer.
Información es mantenida estrictamente confidencial. Usted puede discutir este protion directamente con el médico si usted prefiere.

Signature _____ Date _____

INSURANCE INFORMATION
INFORMACION DE SEGURO

Patient Name: _____ Date: ____/____/____
Nombre paciente Fecha

Name of Insured (if different from patient): _____ Relationship to patient: _____
El nombre de Asegurado (si diferente del paciente) Relationship al paciente

Insured Birthdate: ____/____/____ Insured Social Security #: _____
La Fecha de nacimiento asegurado Aseguró Seguridad social

Name of Health Insurance Company: _____ Employer: _____
El nombre de la Compañía de Seguro de enfermedad Empleador

Do you have the following insurance? [] Medi-Cal [] Healthy Families [] Gift Certificate [] Referral
Tiene usted cualquiera de los seguros siguientes?

Insurance Card ID # (Medi-Cal/Healthy Families?GC#): _____
La Tarjeta del seguro identificación #

Vision Plan: [] Yes [] No If yes, do you know the name of the plan? _____
El Plan de la visión Si sí, sabe usted el nombre del plan?

Secondary Insurance: Medicare: [] Yes [] No If yes, Medicare ID#: _____
El Seguro secundario El medicare Si sí, el Medicare identificación

Other/PPO: _____
Otro/PPO

Consent to Professional Services
Consienta a Servicios de Profesión

I hereby authorize Dr. Sally Dang and/or associates at Pacific Optometry Group, Inc. to render optometry services and eye care to me/to my child _____, and I accept the responsibility for payment of services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether paid or not paid by insurance. I authorize the use of this signature on all of my insurance submissions from Pacific Optometry Group, Inc.

Yo por la presente autorizo el Dr. Sally Dang y/o a socios en Pacific Optometry Group, Inc. rendir servicios de optometría y cuidado de ojo al mí/a mi niño _____, y yo acepto la responsabilidad para el pago de servicios rendidos. Comprendo que yo no soy financieramente responsable de todo chrges si pagado ni pagado por seguro. Autorizo el uso de esta firma en todas mis sumisiones de seguro del Pacific Optometry Group, Inc.

Signature of Insured/Guardian
La firma de Asegurado/Guardián

Date
Fecha

Office Use Only

Additional Information:

Entered: ____/____/____
Initials:

RECEPCIÓN DE AVISO DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMA DE CONSENTIMIENTO

Pacific Optometry Group, INC.
Sally H. Dang, O.D. & Associates
www.pacificoptometry.com
12302 Garden Grove Blvd., Ste. 6
Garden Grove, CA 92843
(714) 590-2020

Nombre paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

En el curso de proporcionar servicio a usted, nosotros creamos, recibimos y almacenamos información de salud que identifica usted. Es a menudo necesario para utilizar y revelar que esta información de la salud para tratarle, para obtener pago para nuestros servicios y para realizar asistencia médica operaciones que implican nuestra oficina.

La Nota de las Prácticas de Intimidad que usted ha sido dado describe estos usos y las revelaciones con todo detalle. Está libre referirse a esta nota en tiempo antes que firme esta forma. Como descrito en nuestra **Nota de Prácticas de Intimidad**, el uso y la revelación de su información de la salud para propósitos de tratamiento no sólo incluyen el cuidado y el servicio proporcionó aquí, pero también revelaciones de su información de la salud como puede ser necesario o apropiado para usted recibir seguimiento clínico de otro profesional de la medicina. Asimismo, el uso y la revelación de su información de la salud para propósitos de pago incluyen (1) nuestra sumisión de su información de la salud a un agente que factura o el vendedor para el procesamiento reclamos u obtener pago; (2) nuestra sumisión de reclamos a pagadores o aseguradores de terceros para una revisión de reclamos, la determinación de beneficios y pago; (3) nuestra sumisión de su información de la salud a auditores empleados por pagadores y aseguradores de terceros; y (4) otros aspectos De pago descrito en nuestra Nota de Prácticas de Intimidad. Nuestra Nota de Prácticas de Intimidad será actualizada siempre que nuestra intimidad practique el cambio.

Cuando firma este documento de consentimiento, significa que concuerda que podemos y utilizaremos y revelaremos que su información de la salud para tratarle, para obtener pago para nuestros servicios y para realizar operaciones de asistencia sanitaria. Usted también significa que ha recibido una copia de nuestra Nota de Prácticas de Intimidad.

Tiene el derecho de pedir que restringir los usos o las revelaciones causaron propósitos de tratamiento, operaciones de pago o asistencia sanitaria, pero como descrito en nuestra Nota de Prácticas de Intimidad, nosotros no somos obligados a aceptar estas restricciones sugeridos. Si concordamos sin embargo que las restricciones atan en nosotros. Nuestra Nota de Prácticas de Intimidad describe cómo pedir una restricción.

He leído este documento y lo comprendo. Consiento al uso y la revelación de mi información de la salud para propósitos de tratamiento, del pago, y de operaciones de asistencia sanitaria. Reconozco que he recibido la Nota de Prácticas de Intimidad del PACIFIC OPTOMETRY GROUP, INC

Firma

Fecha

Si firmando como un representante personal del paciente, describe la relación al paciente y la fuente de la autoridad para firmar esta forma:

Relación con el Paciente

Escriba el nombre

Pacific Optometry Group, Inc. Staff Initials _____

RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY POLICIES & CONSENT FORM

Pacific Optometry Group, INC.
Sally H. Dang, O.D. & Associates
www.pacificoptometry.com
12302 Garden Grove Blvd., Ste. 6
Garden Grove, CA 92843
(714) 590-2020

Patient Name: _____ Birthdate: ____/____/____

Address: _____

In the course of providing service to you, we create, receive and store health information that identifies you. It is often necessary to use and disclose this health information in order to treat you, to obtain payment for our services and to conduct health care operations involving our office.

The **Notice of Privacy Practices** you have been given describes these uses and disclosures in detail. You are free to refer to this notice at any time before you sign this form. As described in our **Notice of Privacy Practices**, the use and disclosure of your health information for treatment purposes not only includes care and service provided here, but also disclosures of your health information as may be necessary of appropriate for you to receive follow-up care from another health professional. Similarly, the use and disclosure of your health information for purposes of payment includes (1) our submission of your health information to a billing agent or vendor for processing claims or obtaining payment; (2) our submission to claims to third-party payers or insurers for claims review, determination of benefits and payment; (3) our submission of your health information to auditors hired by third-party payers and insurers; and (4) other aspects of payment described in our **Notice of Privacy Practices**. Our **Notice of Privacy Practices** will be updated whenever our privacy practices change.

When you sign this consent document, you signify that you agree that we can and will use and disclose your health information to treat you, to obtain payment for our services and to perform health care operations. You also signify that you have received a copy of our **Notice of Privacy Practices**.

You have the right to ask us to restrict the uses or disclosures made for purposes of treatment, payment or health care operations, but as described in our **Notice of Privacy Practices**, we are not obliged to agree to these suggested restrictions. If we do agree, however, the restrictions are binding on us. Our **Notice of Privacy Practices** describes how to ask for a restriction.

I have read this document and understand it. I consent to the use and disclosure of my health information for the purposes of treatment, payment, and health care operations. I acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practices from PACIFIC OPTOMETRY GROUP, INC.

Signature

Date

If signing as a personal representative of the patient, describe the relationship to the patient and the source of authority to sign this form :

Relationship to Patient

Print Name

Pacific Optometry Group, Inc. Staff Initials_____