

Como paciente nuevo en Retina Macula Institute, al Dr. Ron P. Gallemore y a su equipo de profesionales les gustaria darles la bienvenida a nuestra familia de Retina. Su primera cita en Retina Macula Institute involucrará una evaluación comprensiva de la parte posterior de los ojos, "La Retina." Esto va a incluir un historial detallado seguido por una serie de exámenes preleminarios que seran realizados por nuestro equipo y un examen del vítreo y la retina que sera realizada por los médicos. Sus ojos seran dilatados, esto significa que se le pondran gotas especiales para agrandar las pupilas. Las pupilas son la parte central negra de los ojos. La dilatacion de sus pupilas permite al Doctor ver mejor la parte interior del ojo, particularmente el vítreo y la retina. Este proceso causara vision borrosa por un período de tiempo. Por favor reserve al menos una hora para su consulta inicial. Si requiere exámenes adicionales es probable que su cita tarde mas de una hora. Dado a la dilatacion de sus ojos, por favor traiga a un acompañante que pueda conducir por usted porque la dilatacion va a interferir con su habilidad al enfocar la vision al manejar. Cualquier registros medicos anteriores que usted tenga o pueda obtener seran de gran ayuda. Si es diabetico por favor recuerde traer bocadillos con usted.

Pacientes nuevos deben de traer sus tarjetas de seguro medico, su licencia o cualquier otra forma de identificacion y su lista de medicaciones que incluya los nombres de sus gotas y de sus vitaminas. Cuando se registre, se le dará un paquete para completar sobre su historial médico incluyendo el pasado y presente para garantizar la mejor atención posible por parte del personal. Complete esto lo mejor que usted pueda. Si tiene una discapacidad visual y no puede completar el formulario, no dude en pedir ayuda a los miembros de nuestro personal. Se generará un informe de consulta al final de su visita inicial, por lo tanto, es importante que proporcione a nuestro personal el nombre de su médico de atención primaria y, lo aun más importante, el nombre del médico que lo refirió al Dr. Gallemore para un examen completo de la retina. Puede traer su libro o revista favorita, ya que esto puede ayudar a minimizar sus preocupaciones durante la espera. Reconocemos que su tiempo es valioso y hacemos todo lo posible para verlo a la hora señalada. Agradecemos su paciencia si hay un retraso debido a circunstancias inesperadas.

Una vez que haya completado su visita como paciente nuevo, es imperativo que siga las recomendaciones del médico. La atención médica exitosa requiere una colaboración continua entre el paciente y el médico. Esta colaboración requiere que ambas personas asuman una responsabilidad activa en el proceso. Como paciente, tiene derecho a una atención de buena calidad y el derecho a tomar decisiones informadas con respecto a su atención. Esto significa que el médico le proporcionará información sobre su diagnóstico, pronóstico y diferentes opciones de tratamiento junto con sus riesgos y beneficios correspondientes. Sin embargo, en última instancia, usted todavía tiene el control de las decisiones que dirigen su atención médica y tiene la responsabilidad de regresar a sus citas según lo programado, tomar sus medicamentos según lo prescrito y seguir el plan de tratamiento acordado y descrito por el médico.

Adjunto encontrará formularios de registro que deben completarse, tráigalos el día de su cita. No dude en llamarnos en cualquier momento con sus preguntas o inquietudes al (310) 944-9393.

Sinceramente,

El equipo de programación Retina Macula Institute

Firma: _____ Fecha: _____

4201 Torrance Blvd., Suite 220,
Torrance, CA 90503
Phone: (310) 944-9393
Fax: (310) 944-3393

1414 S. Grand Ave., Suite 105
Los Angeles, CA 90015
Phone: (310) 944-9393
Fax: (310) 944-3393

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GOTAS DILATADORAS

Las gotas de dilatacion son utilizadas para agrandar las pupilas y permiten que el médico obtenga una mejor visa de la parte interior de los ojos.

Las gotas de dilatacion frecuentemente casuan vision borrosa por un tiempo indeterminado que varía de person a persona y tambien pueden causar que las luces brillantes molesten. No es posible que el Oftalmólogo pueda predecir cuánto se verá afectada su visión por las gotas. Es recomendable que traiga a un acompañante que pueda conducir por usted porque la dilatacion va a interferir con su habilidad al enfocar la vision al manejar inmediatamente despues de su examen.

Las gotas dilatadoras pueden causar reacciones adverasa como glaucoma agudo de Angulo cerrado. Esto es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata.

Autorizo a los médicos del Retina Macula Institute y/o a los asistentes que ellos desginen a administer gotas dilatadoras para los ojos. Las gotas para los ojos son necesarias para diagnosticar su condición.

Firma del Paciente o Representate del Paciente

Fecha

Imprimir Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Representante Autorizado del Médico

Fecha

Apellido: _____ Nombre(s): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____ Trabajo: _____ Correo electrónico: _____

N.º de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____

Estado civil: Casado ___ Divorciado ___ Soltero ___ Viudo ___

Dirección del empleador: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____

Si el paciente es un menor, nombre de padre, madre o tutor: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO:

Médico quien refirió: _____ Teléfono: _____

Médico internista o de cabecera: _____ Teléfono: _____

Profesional de atención de la visión: (por ej.: optometrista, oftalmólogo general, etc.)

_____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO PRINCIPAL:

Seguro principal: _____ N.º de póliza : _____ N.º de grupo: _____

Si el paciente no es el asociado:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de Seguro Social _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección: _____ Ocupación: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO:

Seguro secundario: _____ N.º de póliza : _____ N.º de grupo: _____

Si el paciente no es el asociado:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de Seguro Social _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección: _____ Ocupación: _____

Por el presente autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con todas las reclamaciones de beneficios presentadas en mi propio nombre o el de familiares a cargo. Además acepto y admito en forma expresa que mi firma en este documento autorizó a mi médico a presentar reclamaciones de beneficios, por servicios que se proporcionarán, sin obtener mi firma en cada reclamación para presentar en mi nombre o el de familiares a cargo, y que estaré obligado de igual forma que si hubiera firmado yo mismo la reclamación en cuestión. Autorizo por este medio a mi compañía de seguros a pagar y ceder todos los beneficios en forma directa a **Ron P. Gallemore, M.D., Ph.D. Inc.**, si correspondiera que se me pagaran por los servicios descritos en los formularios adjuntos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos. Admito además que cualquier beneficio de seguro, cuando los reciba y pague **Ron P. Gallemore, M.D., Ph.D. Inc.**, se acreditará en mi cuenta, de acuerdo con lo antes mencionado y firmado.

Firma: _____ Nombre en imprenta: _____ Fecha: _____

4201 Torrance Blvd., Suite 220,
Torrance, CA 90503
Teléfono: (310) 944-9393
Fax: (310) 944-3393

1414 S. Grand Ave., Suite 105
Los Angeles, CA 90015
Teléfono: (310) 944-9393
Fax: (310) 944-3393

Sus derechos. A continuación incluimos una declaración de sus derechos en lo referente a su información de salud protegida.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Sin embargo, según la ley federal, no podrá inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información compilada en anticipación razonable de una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, o para usarlo en ellos; e información de salud protegida sometida a una ley que prohíba el acceso a ella.

Tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que podrá pedirnos que no utilicemos ni divulguemos parte de su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención de salud. También podrá pedir que no se divulgue una parte de su información de salud protegida a familiares o amigos que podrán estar encargados de cuidarlo, o con fines de notificación, según se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. En su pedido puede establecer la sección específica y a quién quiere que se aplique la restricción.

No es obligatorio que su médico acepte una restricción que usted pueda requerir. Si el médico considera que lo más aconsejable para usted es permitir el uso y la divulgación de su información de salud, no se aplicarán restricciones. En ese caso, tendrá derecho a recurrir a otro profesional de atención de salud.

Tiene derecho a solicitar recibir las comunicaciones confidenciales que le hagamos por medios diferentes o en un lugar alternativo.

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso, si lo solicita, incluso si ha acordado aceptarlo por vías alternativas, como por ejemplo, en formato electrónico.

Podrá tener derecho a que su médico modifique su información de salud protegida. Si rechazamos su solicitud de una modificación, tendrá derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación, de la cual le entregaremos una copia.

Si hacemos algún cambio a su información de salud protegida, tiene derecho a recibir un informe de ello.

Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este aviso y si lo hacemos, se lo informaremos por correo postal. Usted tendrá entonces derecho a objetar o retirarse como se dispone en este aviso.

Quejas

Puede quejarse ante nosotros o ante el departamento estatal de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Podrá presentar una queja ante nosotros notificando la misma a nuestro contacto de privacidad. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Este aviso se publicó y entró en vigor el 14 de abril de 2003 o antes de esa fecha.

Por ley debemos mantener la privacidad de las personas y proporcionarles este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información de salud protegida. Si tiene objeciones a este formulario, pida hablar con nuestro Funcionario de Cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) en persona o por teléfono, a nuestro número principal.

La firma que sigue constituye solo la admisión de recepción de este aviso de nuestras prácticas de privacidad:

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

4201 Torrance Blvd., Suite 220,
Torrance, CA 90503
Teléfono: (310) 944-9393
Fax: (310) 944-3393

1414 S. Grand Ave., Suite 105
Los Angeles, CA 90015
Teléfono: (310) 944-9393
Fax: (310) 944-3393

www.retinamaculainstitute.com

Acuerdo de Arbitraje entre Médico y Paciente

Artículo 1:

Acuerdo de arbitraje: Se entiende que cualquier controversia sobre negligencia profesional, es decir sobre si cualquier servicio médico proporcionado en virtud de este contrato fue innecesario o no autorizado, o se suministró en forma inapropiada, negligente o incompetente, se determinará por sometimiento a arbitraje, según lo establece la legislación de California, y no a través de un proceso legal ni de recurrir a un proceso judicial excepto lo que la legislación de California dispone como revisión judicial de procedimientos de arbitraje.

Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, desisten de sus derechos constitucionales de que cualquier controversia de este tipo se decida en un tribunal ante un jurado, y en su lugar aceptan el uso de arbitraje.

Artículo 2:

Todas las reclamaciones deben someterse a arbitraje: Es intención de los interesados que este acuerdo sea vinculante para todas las partes cuyas reclamaciones puedan surgir de tratamiento o servicios proporcionados, o relacionarse con ellos, incluidos cónyuges o herederos del paciente e hijos, nacidos o por nacer, al momento del hecho que dio lugar a cualquier reclamación. En caso de una madre embarazada, el término "paciente" utilizado aquí la incluirá tanto a ella como al o a los niños por nacer.

Deben arbitrase todas las reclamaciones por daños con compensación monetaria que superen el límite jurisdiccional del tribunal de casos menores contra el médico, sus socios, asociados, asociación, corporación o sociedad, y los empleados, agentes y patrimonios de cualquiera de ellos, incluidos, sin limitaciones, reclamaciones por pérdida conyugal, homicidio culposo, angustia emocional o daños punitivos. La presentación que haga el médico en cualquier tribunal para cobrar honorarios del paciente no significará una renuncia al derecho a forzar el arbitraje de cualquier reclamación sobre mala praxis médica.

Artículo 3:

Procedimientos y Ley Aplicable: Una demanda por arbitraje debe comunicarse por escrito a ambas partes. Cada una de las partes elegirá un árbitro (árbitro de parte) dentro de los treinta días y ellos elegirán a un tercero (árbitro neutral) dentro de los treinta días de una demanda de un árbitro neutral por cada una de las partes. Cada parte del arbitraje pagará su parte prorrateada de gastos y honorarios del árbitro neutral, además de otros gastos incurridos durante el procedimiento o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de abogados o testigos, ni otros que tenga una parte para su propio beneficio.

Las partes aceptan que los árbitros tengan la inmunidad de un funcionario judicial de responsabilidad civil al actuar en su capacidad de árbitros según este contrato. Esta inmunidad complementará, no suplantará, toda otra norma reglamentaria o de hecho vigente. Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños a pedido por escrito del árbitro neutral.

Las partes brindan su consentimiento para la intervención y acumulación de causas en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sea una parte adicional apropiada en una acción judicial, y a partir de tal intervención y acumulación, cualquier acción judicial existente contra tal persona o entidad adicional quedará pendiente de arbitraje. Las partes aceptan que las disposiciones vigentes de la legislación de California para proveedores de atención de salud se aplicarán a controversias dentro de este acuerdo de arbitraje, incluidos entre otros: el Código de Procedimiento Civil, artículos 340.5 y 667.7, y los artículos del Código Civil 3333.1 y 3333.2. Cualquiera de las partes puede llevar ante los árbitros una petición para un juicio o sentencia sumaria de acuerdo con el Código de Procedimiento Civil.

La presentación extrajudicial de pruebas se realizará de conformidad con el artículo 1283.05 del Código de Procedimiento Civil; sin embargo, podrán tomarse declaraciones sin aprobación previa del árbitro neutral.

Artículo 4:

Disposiciones generales: Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas deberán arbitrase en un mismo procedimiento. Se rechazará y quedará prohibida definitivamente una reclamación si (1) en la fecha en que se recibe aviso, la reclamación, si se reivindicara en una acción civil, sería prohibida por la ley de prescripción vigente; o (2) el reclamante no inicia el pedido de arbitraje de acuerdo con los procedimientos aquí establecidos con diligencia razonable. En relación con cualquier asunto sobre el que no se haya dispuesto aquí en forma explícita, los árbitros se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil relacionadas con el arbitraje.

Artículo 5:

Revocación: Se puede revocar este acuerdo mediante un aviso por escrito entregado al médico dentro de los 30 días de su firma. La intención de este acuerdo es que se aplique a todos los servicios médicos proporcionados en cualquier momento por cualquier afección.

Artículo 6:

Efecto retroactivo: Si pretende que este acuerdo cubra servicios brindados antes de la fecha de su firma (incluidos, entre otros, tratamientos de emergencia), el paciente deberá colocar sus iniciales a continuación.

En vigor a partir de la fecha de prestación de los primeros servicios médicos: _____
(Iniciales del paciente o de su representante)

4201 Torrance Blvd., Suite 220,
Torrance, CA 90503
Teléfono: (310) 944-9393
Fax: (310) 944-3393

1414 S. Grand Ave., Suite 105
Los Angeles, CA 90015
Teléfono: (310) 944-9393
Fax: (310) 944-3393

www.retinamaculainstitute.com

Si cualquier disposición de este acuerdo de arbitraje se considera inválido o inaplicable, las demás permanecerán en plena vigencia y no resultarán afectadas por la invalidez de alguna otra disposición.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Con mi firma al pie, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA QUE CUALQUIER CUESTIÓN DE MALA PRAXIS MÉDICA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADOS O EN UN TRIBUNAL. VEA EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Por: _____
Firma del paciente o de su representante Fecha

Por: _____
Nombre en imprenta del paciente Fecha

Por: _____
Firma del representante autorizado del médico Fecha

Ron P. Gallemore, M.D., PH.D. Inc.
Retina Macula Institute
4201 Torrance Blvd., Ste., 220, Torrance, CA 90503

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE / RESTRICCIONES

4201 Torrance Blvd., Suite 220,
Torrance, CA 90503
Teléfono: (310) 944-9393
Fax: (310) 944-3393

1414 S. Grand Ave., Suite 105
Los Angeles, CA 90015
Teléfono: (310) 944-9393
Fax: (310) 944-3393

www.retinamaculainstitute.com



Declaración de Divulgación de Desponsabilidad del Paciente

Su firma a continuación constituye un acuerdo vinculante entre Retina Macula Institute (el proveedor de servicios médicos) y el paciente que recibe los servicios médicos, o la parte responsable de los pacientes menores de edad (aquellos pacientes menores de 18 años). La parte responsable es la persona financieramente responsable del pago de las facturas médicas.

Lea y firme a continuación:

Copagos y Deducibles: Todos los copagos, deducibles y saldos vencidos vencen en el momento del servicio. Si su compañía de seguros no cubre los costos después de que se haya presentado su reclamo, entonces usted será responsable del pago y se le facturará. Dependiendo de su compañía de seguros, Retina Macula Institute cobrará el copago del especialista.

Planes HMO: Si su plan de seguro es un HMO, entonces comprende que es posible que se requiera una autorización de su médico de atención primaria para que su compañía de seguros cubra los servicios proporcionados por Retina Macula Institute. Usted acepta comunicarse con su médico de atención primaria para obtener autorización antes de su visita de hoy. Si no se obtiene una autorización o si su plan niega la cobertura, usted acepta asumir la responsabilidad por los cargos acumulados.

Planes Fuera de la Red: Usted reconoce que es su responsabilidad verificar y determinar si Retina Macula Institute está dentro o fuera de la red de su plan de seguro. Usted comprende que es totalmente responsable del pago de cualquier servicio no cubierto.

Reembolsos del Paciente: cualquier reembolso se mantendrá como un crédito en su cuenta a menos que inicie una solicitud. Se deben cumplir los siguientes criterios antes de emitir un reembolso al paciente:

- 1) No tiene ningún reclamo de seguro pendiente.
- 2) No tiene saldos pendientes en su cuenta.

Al firmar a continuación, usted acepta los términos anteriores,

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Fecha

En general, la norma de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, según sus siglas en inglés) da a las personas el derecho a restringir los usos y divulgaciones de su información de salud protegida. También se le brinda el derecho a solicitar una comunicación confidencial o a que la comunicación sobre información de salud protegida se haga por medios alternativos, tales como envío de correspondencia a la oficina en lugar de al hogar del interesado. Deseo que se me contacte de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):

Teléfono particular: _____

Puede dejarse un mensaje con información detallada

Solo dejar mensaje con nombre y número para devolver la llamada

Teléfono celular: _____

Puede dejarse un mensaje con información detallada

Solo dejar mensaje con nombre y número para devolver la llamada

Comunicación por escrito

Se puede enviar correo postal a mi hogar

Se puede enviar fax al n.º _____

Correo electrónico _____

Por el presente doy mi consentimiento para la divulgación de mi información de salud protegida a las siguientes personas. Si no se especifica el nombre, NO se divulgará la información. Entiendo que esta autorización estará en vigor hasta que se la revoque.

Nombre _____ relación _____ n.º de teléfono _____

Nombre _____ relación _____ n.º de teléfono _____

Nombre _____ relación _____ n.º de teléfono _____

Nombre _____ relación _____ n.º de teléfono _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Registro de medicamentos

4201 Torrance Blvd., Suite 220,
Torrance, CA 90503
Teléfono: (310) 944-9393
Fax: (310) 944-3393

1414 S. Grand Ave., Suite 105
Los Angeles, CA 90015
Teléfono: (310) 944-9393
Fax: (310) 944-3393

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Incluya medicamentos recetados, vitaminas y suplementos.**Nombre de medicamento, dosis y horarios.**

Alergias a medicamentos y alimentos:**Reacción:**

Review of Systems

Ojos

- Cirugía Previa Yes No
 Lentes de contacto Yes No
 Dolor Yes No
 Visión Doble Yes No
 Glaucoma Yes No
 Cataractas Yes No
 Degeneración Macular Yes No
 Ojos Secos Yes No
 Luces Yes No
 Puntos Negros Yes No

Oído, Nariz y Garganta

- Problemas de Audición Yes No
 Zumbido en Los Oídos Yes No
 Vértigo Yes No

Cardiovascular

- Dolor en el Pecho Yes No
 Mareo Yes No
 Desmayo Yes No
 Dificultad para Respirar Yes No
 Arritmia Yes No
 Dificultad para Acostarse Yes No

Constitucional

- Fatiga/Debilidad Yes No
 Fiebre Yes No
 Aumento/Pérdida de Peso Yes No

Respiratorio

- Tos Yes No
 Congestión Yes No
 Sibilancias Yes No
 Asma Yes No

Gastrointestinal

- Acidez Yes No
 Náuseas/Vómitos Yes No
 Ictericia/Hepatitis Yes No

Genitourinario

- Dolor/Dificultad Yes No
 Sangre en La Orina Yes No
 Historia de Los Cálculos Renales Yes No
 Historia de las ETS Yes No

Psiquiátrico

- Ansiedad/Depresión Yes No
 Cambios de Humor Yes No
 Dificultad para Dormir Yes No

Endocrino

- Aumento de la Sed Yes No
 Aumento del Hambre Yes No
 Aumento de la Sudoración Yes No
 Cambios en las Uñas Yes No

Sangre/Ganglios Linfáticos

- Moretones con Facilidad Yes No
 Las Encías Sangran Fácilmente Yes No
 Sangrado Prolongado Yes No
 Uso Intensivo de Aspirina Yes No

Musculoesquelético

- Rigidez Yes No
 Artritis Yes No
 Dolor/inflamación de las articulaciones Yes No

Neurológico

- Convulsiones Yes No
 Debilidad/Parálisis Yes No
 Entumecimiento Yes No
 Temblores Yes No

Inmunológico

- Urticaria Yes No
 Picor Yes No
 Rinorrea Yes No
 Presión en Los Senos Yes No

Patient Signature

Date

ELEMENTOS QUE DEBE LLEVAR A SU CITA

COPAGO POR LA VISITA

CONDUCTOR

TARJETA(S) DE SEGURO

**IDENTIFICACIÓN
(LICENCIA DE CONDUCIR)**

LENTES DE SOL

**MEDICAMENTOS QUE
TOMA, O LISTA DE ELLOS**

**FORMULARIO DE
SOLICITUD DE CONSULTA
(SI SE LO ENTREGARON)**

**AUTORIZACIÓN DEL
CONSULTORIO DEL
MÉDICO DE CABECERA
(PCP)**

**BOCADILLO, SI ES
DIABÉTICO**

4201 Torrance Blvd., Suite 220,
Torrance, CA 90503
Teléfono: (310) 944-9393
Fax: (310) 944-3393

1414 S. Grand Ave., Suite 105
Los Angeles, CA 90015
Teléfono: (310) 944-9393
Fax: (310) 944-3393