

STEVEN M. CANTRELL, M.D.  
MATTHEW G. KIRKMAN, M.D.  
DAVID T. STARK, MD, PhD  
MICHELLE C. CANTRELL, O.D.  
LAUREN V. FERNANDEZ, O.D.



## SIERRA EYE GROUP

SIERRA EYE MEDICAL GROUP, INC.  
2830 WEST MAIN STREET  
VISALIA CALIFORNIA 93291  
TELEPHONE (559) 636-1000  
FAX (559) 636-3937

---

### Sierra Eye Medical Group Materiales de registro

Se incluyen los siguientes documentos para que los considere y/o rellene:

- Formulario de registro de pacientes
- Documento de divulgación financiera
- Formulario de historia clínica
- Acuerdo financiero del paciente
- Reconocimiento de Notificación de Práctica de Privacidad (NPP)  
(Para ver nuestro NPP, vaya a [www.sierraeye.com](http://www.sierraeye.com) y siga los enlaces)

Por favor, rellene completamente los formularios correspondientes. Al finalizar, realice una de las siguientes acciones:

FAX a (559) 636-3937

o

Mandar por correo a:

Nuevo registro de pacientes  
Sierra Eye Medical Group, Inc.  
2830 West Main Street  
Visalia, CA 93291-4300

o

Lleve los formularios con usted en su primera visita

Si necesita indicaciones para llegar a nuestra oficina, vaya a [www.sierraeye.com](http://www.sierraeye.com) y siga los enlaces a la página de dirección.

Gracias por elegir Sierra Eye Group para su cuidado de los ojos.

**SIERRA EYE GROUP**  
SIERRA EYE MEDICAL GROUP, INC.  
2830 WEST MAIN STREET  
VISALIA, CALIFORNIA 93291  
TELEPHONE (559) 636-1000

(Uso de oficina solamente)

Cuenta # \_\_\_\_\_

Expediente # \_\_\_\_\_

### REGISTRO DE SIERRA EYE MEDICAL GROUP, INC.

¿ES UD. PACIENTE NUEVO EN ESTA OFICINA?  SI  NO

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
NOMBRE INICIAL APELLIDO

DIRECCIÓN POSTAL DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
# CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN HOGAR DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
# CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

MASCULINO  FEMENINO  
TELÉFONO HOGAR \_\_\_\_\_ TELÉFONO TRABAJO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ # SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_  
MES DIA AÑO

Ocupación \_\_\_\_\_ # LICENCIA DE MANEJAR \_\_\_\_\_

COMPañÍA EMPLEADORA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE COMPañÍA EMPLEADORA \_\_\_\_\_

SOLTERO  CASADO(A)  VIUDO(A)  DIVORCIADO(A)  SEPARADO(A)

RECOMENDADO POR \_\_\_\_\_  
NOS PERMITE AGRADECER A LA PERSONA QUE NOS RECOMENDÓ?  SI  NO

DOCTOR FAMILIAR \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ESPOSO(A) \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN DE ESPOSO(A) \_\_\_\_\_

#### INFORMACION SOBRE LA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

#### PERSONA RESPONSABLE DE PAGOS

NOMBRE \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

MEDICARE # \_\_\_\_\_  MEDI-CAL  ASEGURANZA PRIVADA

NOMBRE DE COMPañÍA \_\_\_\_\_ POLIZA # \_\_\_\_\_

#### CONTRATO FINANCIARIO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO Y ACCESO DE INFORMACIÓN

Yo autorizo el tratamiento de la persona nombrada arriba y conciento en pagar todos los gastos y cargo de tal tratamiento. Yo estoy de acuerdo en pagar todos los gastos míos y de mi familia que los estados de cuenta muestren, prontamente en cuanto los reciba, e menos que haya arreglos de crédito por escrito. Costos en estados de cuenta estan de acuerdo a lo correcto y razonable a menos que por una protesta escrita durante los primeros treinta días de la fecha de la del estado de cuenta implique lo contrario. En el caso de que acción legal sea necesaria para cobrar el balance que no se ha pagado por los servicios médicos rendidos a mí o a mi familia, Yo/nosotros estamos de acuerdo en pagar tarifas razonables de licenciados u otros gastos que la Corte ddeterminen sean propios.

Es de acuerdo que los pagos no serán retrasados ni retenidos debido a la protección de la aseguranza o a los reclamos que estén pendientes, y todos las ganancias de la aseguranza son asignados a Sierra Eye Medical Group, Inc. en lo que se aplican, pero sin que ellos asuman responsabilidad de tal recolección. Yo autorizo pago de los beneficios médicos a Sierra Eye Medical Group, Inc. Yo autorizo el acceso necesario de información médica para procesar los reclamos. Este contrato se mantiene válido hasta que sea anulado por mí en escrito. Una copia de este contrato es tan válido como el original.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

PERSONA RESPONSABLE

STEVEN M. CANTRELL, M.D.  
MATTHEW G. KIRKMAN, M.D.  
DAVID T. STARK, M.D.  
MICHELLE C. CANTRELL, O.D.  
LAUREN V. FERNANDEZ, O.D.



## SIERRA EYE GROUP

SIERRA EYE MEDICAL GROUP, INC.  
2830 WEST MAIN STREET  
VISALIA CALIFORNIA 93291  
TELEPHONE (559) 636-1000  
FAX (559) 636-3937

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de su médico personal o clínica a la que asiste: \_\_\_\_\_

### HX MÉDICO

- Diabetes límite
- Diabetes
- Diabetes gestacional, no especificada
- Presión arterial alta
- Hiperlipidemia
- Enfermedad de la tiroides
- Enfermedad de Graves
- Enfermedad cardíaca
- Infarto
- Ataques isquémicos transitorios (AIT)
- Accidente cerebrovascular en el cerebro
- Aneurisma
- Anemia
- Apnea del sueño, no especificada
- Cáncer
- HPB (agrandamiento de la próstata)
- Esclerosis múltiple
- Miastenia Gravis
- Plaquenil (hidroxicloroquina) Uso
- Espondilitis anquilosante
- Enfermedad de Crohn
- Artritis
- Artritis reumatoide
- Lupus eritematoso sistémico
- Sarcoidosis
- Colitis ulcerosa
- Polimialgia reumática
- Síndrome de Ehlers-Danlos

- Síndrome de Marfan
- Autismo
- Demencia
- Dificultades auditivas

### HX quirúrgico

- Ninguno
- Amputación
- Angioplastia
- Apendicectomía
- Cirugía de espalda
- Cirugía Bariátrica
- Derivación cerebral
- Cesárea
- Cirugía Cardíaca
- Resección de colon
- Cirugía del pie
- Vesícula biliar
- Bypass gástrico
- Cirugía de la mano
- Bypass cardíaco
- Stent cardíaco
- Cirugía de hernia
- Reemplazo de cadera
- Histerectomía
- Cirugía de rodilla
- Mastectomía
- Marcapasos
- Cirugía de hombro
- Tiroidectomía
- Amigdalectomía

### Alergia a medicamentos comunes

- No se conocen alergias a medicamentos
- Fenilefrina
- Anestésico
- Sulfa
- Penicilina
- Amoxicilina
- Aspirina

- Sudafed
- Codeína
- Morfina
- Esteroides
- Alphagan
- Azopt
- Betabloqueadores
- Brimonidina
- Cosopt
- Ciprofloxacina
- Latanoprost
- Tobramicina

### Alergia a sustancias

- Látex
- Colorante de fluoresceína
- Tinte ICG
- Yodo
- Cinta
- Polen
- Polvo
- Moldear
- Moho

### Alergia alimentaria

- Marisco
- Lechería
- Huevos
- Cacahuets
- Fresas
- Gluten
- Lactosa
- Soy

### FAMILIA HX

- Adoptado/Desconocido
- Noncontributory
- Degeneración macular
- Glaucoma
- Catarata

- Ceguera
- Ojo vago (ambliopía)
- Estrabismo
- Daltonismo
- Retinosis pigmentaria
- Uveítis
- Cáncer
- Diabetes
- Enfermedad cardíaca
- Hipertensión
- Nefropatía
- Enfermedad de la tiroides
- Golpe

## Revisión e inventario de historiales de salud familiares y personales

REVISIÓN PERSONAL DEL SISTEMA SU HISTORIAL MÉDICO

### TU HISTORIA SOCIAL

#### Tabaquismo/Tabaco

- Nunca fumador
- Ex fumador
- Fumador actual de todos los días
- Fumador actual de algún día
- Fumador empedernido de tabaco
- Fumador de tabaco ligero
- Desconocido si alguna vez fumó

#### Estado civil

- Casado
- Soltero
- Divorciado
- Viudo
- Separado
- Socio
- Desconocido

#### Alcohol

- Ninguno
- Ocasional/social
- 1-2 Bebidas/día
- 3-4 Bebidas/día

#### Conducción

- Sí
- No

#### Condiciones de vida

- Vive solo
- Vive con el cónyuge
- Vive con la familia
- Vive con otros
- Vivir con el cuidador
- Vive en un hogar de ancianos

#### Ocupación

- Jubilado
- Desempleado
- Laborable
- No funciona
- Deshabilitado
- Estudiante
- Ama de casa

#### Riesgo de caídas

- Sí
- No

#### Constitucional

- Fiebre
- Pérdida de peso
- Fatiga

#### DESCARGAR

- Pérdida de audición
- Xerostomía
- Infecciones sinusales
- Dolor de garganta
- Nariz que moquea
- Dolor de oído
- Claudicación de la mandíbula

#### Cardiovascular

- Presión arterial estable por paciente.

- Presión arterial no controlada por paciente
- Dolor en el pecho
- Latidos cardíacos irregulares
- Dificultad para respirar
- Dificultad para respirar al acostarse plano
- Hinchazón de los pies
- Pulso de carreras

#### Respiratorio

- Asma
- Enfisema
- EPOC
- Sibilancia
- Tos
- Tos con sangre
- Resfriados severos o frecuentes
- Dificultad para respirar

#### Gastrointestinal

- Ictericia o piel amarilla
- Diarrea
- Estreñimiento
- Reflujo ácido
- Dificultad para tragar
- Dolor abdominal
- Náuseas

#### Genitourinario

- Sangre en la orina
- Dolor/ardor al orinar
- Diálisis
- Insuficiencia renal
- Problemas renales
- Cálculos renales

#### Musculoesquelético

- Dolores musculares
- Rigidez articular
- Dolor en las articulaciones
- Dolor lumbar
- Dificil colocación plana debido a molestias musculoesqueléticas
- Dolor de espalda al dormir o despertar

STEVEN M. CANTRELL, M.D.  
MATTHEW G. KIRKMAN, M.D.  
DAVID T. STARK, M.D.  
MICHELLE C. CANTRELL, O.D.  
LAUREN V. FERNANDEZ, O.D.



## SIERRA EYE GROUP

SIERRA EYE MEDICAL GROUP, INC.  
2830 WEST MAIN STREET  
VISALIA CALIFORNIA 93291  
TELEPHONE (559) 636-1000  
FAX (559) 636-3937

### Tegumentario/Piel/Mama

- Sarpullido
- Cáncer de piel
- Llagas en la piel
- Picazón severa
- Pérdida de cabello

### Neurológico

- Golpe
- Entumecimiento
- Debilidad
- Cefaleas
- Sensibilidad en el cuero cabelludo
- Convulsiones o convulsiones
- Desmayo

- Mareos
- Parálisis de las extremidades
- Temblor

### Psiquiátrico

- Ansiedad
- Depresión

### Endocrino

- Niveles de azúcar en la sangre estables por paciente
- Azúcares en la sangre mal controlados por paciente

- Paciente inseguro del control glucémico
- Exceso de sed
- Micción excesiva
- Intolerancia al calor
- Intolerancia al frío
- Alopecia
- Piel seca

### Hematológico/Linfático

- Anemia
- Sangrado fácil
- Moretones fáciles
- Sangrado prolongado

### Alergia/Inmunología

- Enfermedad autoinmune
- Alergias estacionales

**Por favor, agregue cualquier comentario que sea útil para saber más sobre su salud:**

STEVEN M. CANTRELL, M.D.  
MATTHEW G. KIRKMAN, M.D.  
WILLIAM P. GERLACH, O.D.  
MICHELLE C. CANTRELL, O.D.



SIERRA EYE GROUP  
SIERRA EYE MEDICAL GROUP, INC.  
2830 WEST MAIN STREET  
VISALIA, CALIFORNIA 93291  
TELEFONO (559) 636-1000  
FAX (559) 636 -3937

---

## Convenio Financiero del Paciente

### POR FAVOR LÉALO A FONDO Y FIRME LA PÁGINA DE ATRÁS

En consideración de recibir servicios de Sierra Eye Medical Group, Inc., usted acuerda a:

1. Todos los servicios son proveídos a usted con el convenio de que usted es responsable por el costo sin importar la cobertura de su seguro. Si le gustaría saber el costo del servicio, por favor pregunte antes del tratamiento. Por favor este al tanto de que no todos los servicios son un beneficio cubierto por distintas compañías de seguro. Usted es responsable del saber qué servicios son y no son cubiertos. **CONOZCA SUS BENEFICIOS.**
2. **Al tiempo de salida**, cobraremos su deducible, copago, y pago por cualquier servicio(s) no cubierto(s) al igual que la porción de paciente como este determinado por el seguro. Aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de créditos: Master Card, Visa, Discovery, y American Express.
3. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y el proveedor de seguro. Nosotros NO somos parte en ese contrato. **Es su responsabilidad proveer toda la información necesaria de elegibilidad de seguro, identificación, autorización, información de referencia y de informar a nuestra oficina de cualquier cambio de información cuando sucedan. Falta por proveer toda la información requerida puede requerir pago del paciente por todos cobros.**
4. Mandaremos la factura a su compañía de seguro una vez como una cortesía, pero usted todavía es ultimadamente responsable por el pago de todos los servicios que reciba. Si su compañía de seguro no responde dentro de 30 días daremos seguimiento con una solicitud de su parte. Si, sin embargo, su seguro no responde dentro de 60 días de la entrega de reclamo, se le enviara la factura a usted. Usted debería llamar a su compañía seguro para preguntar porque el reclamo no ha sido pagado. Nuestra oficina lo asistirá solamente después de que haiga contactado a su compañía de seguro.
5. Si su reclamo medico no ha sido pagado y su compañía de Seguro no ha resolvió su disputa usted puede someter un reclamo con el Departamento de Seguro. Nuestra oficina hará todo lo que podamos para asistirlo, sin embargo; usted debe entender que no puede delatar el pago mientras esté esperando el resultado de su reclamo.
6. Cualquier cobro no pagado de más de 90 días será enviado a una agencia de colección externa con tarifas adicionales de colección. Usted es responsable de cualquier tarifa de colección, tarifas legales, o costos de corte a causa del proceso de colección. La agencia reportara su falta a pago a las TRES (3) agencias nacionales de reportes de crédito.

7. Dado a un volumen alto de citas canceladas, habrá un cobro mínimo de \$50.00 si la oficina no es notificada un día de negocio antes del día de la cita, así que por favor contacte a la oficina durante las horas de negocio de 8:00 am a 5:00 pm si necesitara cancelar.

Pacientes que no atienden a su cita también serán cobrados una tarifa de \$50.00.

Si está programado para cualquier procedimiento quirúrgico, por favor tome en cuenta, que nosotros requerimos a lo menos 72 horas (3 días de negocio) de notificación para cancelar o reprogramar su procedimiento para que podamos programar otro paciente en su espacio de cita reservado.

Una notificación de menos de 72 horas (3 días de negocio) resultara en una tarifa de cancelación de \$100.

**Llamadas Después de Horas:**

Tenemos un doctor disponible para tomar llamadas 24/7. Si llama después de horas de negocio será sujeto(a) a una tarifa de \$25-\$100, que no es cubierto por su seguro.

Recuerde, estos cobros no se pueden cobrar a su compañía de seguro; esto es a su completa responsabilidad.

8. Cheques rebotados son sujetos a una tarifa de rebote de \$50.00

Entendemos que problemas económicos temporales pueden afectar un pago a tiempo. Lo animamos a comunicar cualquier problema para que podamos asistirlo en la administración de su cuenta.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente (o padre / guardián de niño menor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Copia / Copia Rechazada de Acuerdo Financiero de Paciente

Iniciales: \_\_\_\_\_



## Reconocimiento de Notificacion de Recibo de las Practicas de Privacidad

**Sierra Eye Medical Group, Inc. (SEMG) &  
Sierra Ambulatory Surgery Center, A Medical Corporation (SASC)  
2828-2830 W. Main St., Visalia, CA 93291-4300**

**Oficial de Privacidad:**

**Deborah Navarrette (SEMG) – Telefono (559) 636-1000, Ext. 225**

Por medio del presente acuso recibo de una copia de esta Notificacion de Practicas de Privacidad de este consultorio medico.

**La copia mas reciente de esta Notificacion de Practicas de Privacidad es disponible en nuestra pagina web [www.sierraeye.com](http://www.sierraeye.com).**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (en letra imprenta): \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Account # \_\_\_\_\_

Indicar si no firma el paciente.

Parentesco:

- Padre o tutor legal de un paciente menor de edad
- Tutor legal o curador de un paciente incapaz
- Beneficiario o representante personal del paciente difunto

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Account # \_\_\_\_\_

Yo autorizo \_\_\_\_\_ (Parentesco) \_\_\_\_\_ (Fecha de

Nacimiento) \_\_\_\_\_ acceso a toda me informacion sobre la Salud del Paciente

(excluyendo): Por favor especifique \_\_\_\_\_

---

### For Office Use Only:

Signed form received by: \_\_\_\_\_

Acknowledgement refused:

Efforts to obtain: \_\_\_\_\_

Reasons for refusal: \_\_\_\_\_