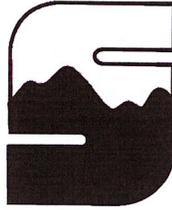


STEVEN M. CANTRELL, M.D.
MATTHEW G. KIRKMAN, M.D.
MICHELLE C. CANTRELL, O.D.



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
- Autorización para Pago de Reclamos y Revisiones
- 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 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 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 # _____

¿Te has pre-registrado en el portal? Si es así, no es necesario que rellenes este formulario. Por favor regrese al personal de la oficina principal.

REGISTRO DE SIERRA EYE MEDICAL GROUP, INC.

Nombre del paciente (Apellido, Nombre, I.) _____

Teléfono Hogar: _____ Teléfono Alternativo (celular o trabajo): _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____ # de Apto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Doctor Familiar: _____ Ubicación: _____

Masculino

Femenino

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ # Seguro Social _____
MES DIA AÑO

Soltero(a)

Casado(a)

Viudo(a)

Divorciado(a)

Separado(a)

Raza de paciente: _____ Etnicidad: Hispano o No-hispano (por favor circular)

Lenguaje preferido: _____

Ocupación: _____ # Licencia de manejar _____

Compañía de empleador: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación al paciente: _____

Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

Aseguranza Primaria: _____

Aseguranza Secundaria: _____

Numero de póliza: _____

Numero de póliza: _____

Paciente es el suscriptor de la póliza: Si / No

Paciente es el suscriptor de la póliza: Si / No

INFORMACION DEL ASEGURADO (SI NO ES EL PACIENTE)

Suscriptor / Titular de la póliza: _____ Relación al paciente: _____

Dirección: _____

Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____ Teléfono Trabajo: _____

Sierra Eye Medical Group, Inc. reserve el derecho a cobrar una tarifa de \$50.00 por cualquier visita programada que sea:

1. Cancelada con menos de 24 horas de antelación
2. Falladas sin llamar para cancelar

Firma _____ Fecha _____

PERSONA RESPONSABLE

STEVEN M. CANTRELL, M.D.
MATTHEW G. KIRKMAN, M.D.
MICHELLE C. CANTRELL, 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

Autorización para Pago de Reclamos y Revisiones

1. Asignación y coordinación de los beneficios del seguro: Acepto proporcionar información sobre todos los beneficios de hospitalización grupal, organización de mantenimiento de la salud, compensación para trabajadores, automóviles y otros beneficios de atención médica ("Planes de seguro") a los que pueda tener derecho. Por la presente asigno pago(s), si corresponde, de mi(s) Plan(es) de Seguro(s) a Sierra Eye Medical Group, Inc. por los servicios prestados a mí. El pago directo asignado y autorizado por el presente incluye cualquier beneficio del Plan de seguro al que tenga derecho, incluido cualquier beneficio médico importante que se me pague de otro modo según los términos de mi póliza, pero no debe exceder el saldo adeudado a Sierra Eye Medical Group, Inc. por los servicios prestados a mí durante los periodos aplicables de atención médica.

2. Servicios no autorizados, no cubiertos o fuera del plan: Entiendo que si mi(s) plan(es) de seguro no consideran esta admisión o cualquier servicio prestado durante esta admisión como un servicio cubierto o no ha autorizado este servicio, no pagarán esta admisión o el servicio prestado durante esta admisión o visita ambulatoria. Acepto ser completamente responsable del pago a Sierra Eye Medical Group, Inc. por esta admisión o cualquier servicio si mi(s) plan(es) de seguro determina(n) que es un servicio no cubierto. También entiendo y reconozco que en el caso de los servicios fuera del plan/red, puede haber beneficios reducidos y es posible que deba pagar un copago, co-seguro u otro cargo mayor en caso de que mi(s) plan(es) de seguro no reembolsa estos servicios prestados a mí, reconozco que seré responsable de cualquier saldo restante.

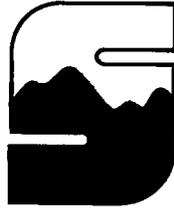
3. Solo para beneficiarios de Medicare: Certifico la información proporcionada por mí al solicitar el pago según el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre a Sierra Eye Medical Group, Inc. por cualquier servicio que me brinde ese médico o proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. En el caso de los beneficios de la Parte B de Medicare, solicito el pago para mí o para la parte que acepta la asignación.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y comprendo lo anterior, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas y acepto las condiciones y los términos anteriores y acepto pagar todos los cargos por los que puedo ser legalmente responsable, incluidos, entre otros, limitado a los deducibles, copagos y no cubiertos del seguro de salud. También acepto que, en caso de que mi cuenta deba colocarse con un abogado o una agencia de cobranza para obtener el pago, pagaré los honorarios razonables del abogado y otros costos de cobranza incurridos por Sierra Eye Medical Group, Inc. *Entiendo y acepto que este documento permanecerá en efecto para todas las futuras visitas ambulatorias al consultorio médico de Sierra Eye Medical Group, Inc., a menos que yo lo rescinda específicamente por escrito.*

Firma del paciente/padre o tutor: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

STEVEN M. CANTRELL, M.D.
MATTHEW G. KIRKMAN, M.D.
MICHELLE C. CANTRELL, 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
- Alphanan
- 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
- 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 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

En los últimos 7 días a experimentado lo siguiente:

Constitucional

- Fiebre
- Pérdida de peso
- Fatiga

Cabeza, Ojos, Nariz, Garganta

- 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

Tegumentario/Piel/Mama

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

STEVEN M. CANTRELL, M.D.
MATTHEW G. KIRKMAN, M.D.
MICHELLE C. CANTRELL, 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

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:

Enumere sus medicamentos actuales (incluya cualquier medicamento de venta libre):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____

STEVEN M. CANTRELL, M.D.
MATTHEW G. KIRKMAN, M.D.
MICHELLE C. CANTRELL, 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

ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

POR FAVOR, LEA DETENIDAMENTE Y FIRME EN LA PÁGINA POSTERIOR

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

1. Todos los servicios se le proporcionan con el entendimiento de que usted es responsable del costo independientemente de su cobertura de seguro. Si desea saber el costo de un servicio, por favor pregunte antes del tratamiento. Tenga en cuenta que no todos los servicios son un beneficio cubierto con diferentes compañías de seguros. Usted es responsable de saber qué servicios están o no cubiertos. **CONOZCA SUS BENEFICIOS.**
2. **Al momento del check-in**, cobraremos su deducible y copago. Al momento de check-out cobraremos cualquier servicio no cubierto, así como la porción del paciente según lo determine el seguro. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito: Master Card, Visa, Discovery y American Express.
3. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y el proveedor de seguros. **NO** somos parte de ese contrato. **Es su responsabilidad proporcionar toda la información necesaria de elegibilidad, identificación, autorización y referencia del seguro y notificar a nuestra oficina de cualquier cambio de información cuando ocurra. El hecho de no proporcionar toda la información requerida puede requerir el pago del paciente por todos los cargos.**
4. Facturaremos a su compañía de seguros una vez como cortesía, pero usted sigue siendo responsable en última instancia del pago de todos los servicios que reciba. Si su compañía de seguros no responde dentro de los 30 días, haremos un seguimiento con una consulta en su nombre. Sin embargo, si su seguro no responde dentro de los 60 días posteriores a la presentación del reclamo, se le enviará una declaración. Debe llamar a su seguro para preguntarse por qué no se paga el reclamo. Nuestra oficina lo ayudará solo después de que se haya puesto en contacto con su seguro.
5. Si su reclamo médico no ha sido pagado y su compañía de seguros no ha resuelto su disputa, puede registrar una queja ante el Departamento de Seguros. Sin embargo, nuestra oficina hará todo lo posible para ayudarlo; debe comprender que no puede retrasar el pago mientras espera el resultado de su queja.
6. Cualquier cargo no pagado de más de 90 días de antigüedad se dirigirá a una agencia de cobro externa con tarifas adicionales de agencia de cobro. Usted es responsable de cualquier honorario de cobro, honorarios legales o costos judiciales incurridos en el proceso de cobro. Esta agencia reportará su falta de pago a las TRES (3) agencias nacionales de informes de crédito.
7. Debido al gran volumen de citas canceladas, habrá un cargo mínimo de \$ 50.00 si la oficina no es notificada un día hábil antes de la fecha de la cita, así que comuníquese con la oficina durante el horario comercial de 8:00 am a 5:00 pm si necesita cancelar.

A los pacientes que no se presenten también se les cobrará una tarifa de \$ 50.00.

Si está programado para cualquier procedimiento quirúrgico, tenga en cuenta que requerimos un aviso de al menos 72 horas (3 días hábiles) para cancelar o reprogramar su procedimiento para que podamos programar a otro paciente en su horario de cita.

Un aviso de menos de 72 horas (3 días hábiles) resultará en una tarifa de cancelación de \$ 100.

Llamadas fuera de horario:

Tenemos un médico de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si llama después del horario de atención, estará sujeto a una tarifa de \$ 25 a \$ 100, que no está cubierta por su seguro.

Recuerde, estos cargos no son facturables a su compañía de seguros; esta es su plena responsabilidad.

8. Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de cheque de devolución de \$50.00.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno. Le recomendamos que comunique cualquier problema de este tipo para que podamos ayudarlo en la administración de su cuenta.

Firma del paciente (o padre / tutor del menor) Fecha

Copia / Copia rechazada del acuerdo financiero del 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& SASC) – 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.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra imprenta): _____ Telefono: _____

Cuenta # _____

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: _____

Cuenta # _____

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:
