

**BAY EYE MEDICAL GROUP, INC.**

Rex C. Hsei, M.D.

Clement J. Cheng, M.D.

Andrew Zhou, M.D.

Eye Physicians and Surgeons

Orkida Solomon, O.D.  
Optometrist**HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL  
REVISION DE SISTEMAS**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Medico de Atencion Primaria: \_\_\_\_\_

Historial de Salud – Tiene alguna enfermedad de alguno de los siguientes? (Por favor describa.)					
Nariz, Orejas, Boca, Garganta	SI	NO	Anemia	SI	NO
Congestion Nasal / Fiebre del Heno	SI	NO	Lupus	SI	NO
Asma o Problemas Respiratorios	SI	NO	Syndrome de Sjogren	SI	NO
Corazon	SI	NO	Neurologico	SI	NO
Presion Arterial Alta	SI	NO	Dolores de Cabeza	SI	NO
Cancer	SI	NO	Migraña	SI	NO
Hormonas	SI	NO	Ataque Cerebral	SI	NO
Diabetes Años? _____	SI	NO	Riñon / Vejiga	SI	NO
El promedio de azucar en la sangre?					
Tiroides	SI	NO	Estomago / Intestino	SI	NO
Piel	SI	NO	Hepatitis	SI	NO
Artritis	SI	NO	VIH Positivo	SI	NO
Musculos / Articulaciones	SI	NO	Cirugias Mayores?	SI	NO
Sangre	SI	NO	Otros Problemas Medicos?	SI	NO
Colesterol Alto	SI	NO			
<b>Historial Familiar</b>			Relacion con Usted?	<b>Historial de Los Ojos</b>	
Ceguera	SI	NO		Usa lentes de contacto?	SI / NO
Glaucoma	SI	NO		Si es asi, de que tipo?	
Desprendimiento de Retina	SI	NO		Esta interesado en la correccion de la vision con laser?	SI / NO
Migrañas	SI	NO		Ha tenido cirugia ocular previa, enfermedad, o lesion?	
Diabetes	SI	NO		Describe.	SI / NO
<b>Historial Social</b>			<b>Lista de todas las alergias a medicamentos:</b>		
Usted maneja?	SI	NO	<input type="checkbox"/> Marque aqui si no tiene alergia hacia ningun medicamento.		
Usted bebe alcohol?	SI	NO			
Usted fuma	SI	NO			
Ocupacion?					
Aficiones?					
Cuantas horas al dia usa una computadora?					

**Enumere todos los medicamentos actuales (O adjunte una lista de ellos):**

\_\_\_\_\_

Patient Signature / Firma del Paciente (Responsible Party / Persona Responsable)

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

**BAY EYE MEDICAL GROUP, INC.**

Rex C. Hsei, M.D.

Clement J. Cheng, M.D.

Andrew Zhou, M.D.

Eye Physicians and Surgeons

Orkida Solomon, O.D.

Optometrist

**REGISTRO DEL PACIENTE**

<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>	
Nombre:	Sex: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Domicilio:	Fecha de Nacimiento:
Ciudad, Estado, Codigo:	Numero de Seguro Social:
Estado Matrimonial: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	Doctor Refiriendo Tratamiento:
Telefono 1: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work	Telefono:
Telefono 2: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work	Doctor Primario:
Correo electronico:	Telefono:
<b>EMPLEO DEL PACIENTE</b>	<b>CONTACTO DE EMERGENCIA</b>
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Otro: _____	Nombre:
Telefono:	Telefono:
Empleador:	Relacion:
<b>Guardian O Asegurador del Paciente:</b> <input type="checkbox"/> Igual al Paciente <input type="checkbox"/> Otro	
Nombre:	Empleador:
Domicilio:	Telefono:
Ciudad, Estado, Codigo:	
Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:
<b>Asegurancia Primaria</b>	
Nombre del Asegurador:	Relacion al Paciente:
Telefono:	Numero de Seguro Social:
Compania:	Grupo:
Asegurancia de Vista:	Fecha de Nacimiento:
<b>Asegurancia Secundaria</b>	
Nombre del Asegurador:	Relacion al Paciente:
Telefono:	Numero de Seguro Social:
Compania:	Grupo:
Asegurancia de Vista:	Fecha de Nacimiento:

Patient Signature / Firma del Paciente (Responsible Party / Persona Responsable)

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

**BAY EYE MEDICAL GROUP, INC.**

**Rex C. Hsei, M.D.**

**Clement J. Cheng, M.D.**

**Andrew Zhou, M.D.**

Eye Physicians and Surgeons

**Orkida Solomon, O.D.**  
Optometrist

**REFRACCION**

*Se realiza una refracción para determinar si usted es miope, hyperopie, tiene astigmatismo y si los anteojos son necesarios o deben cambiarse. Esta es una parte muy importante de un examen ocular completo. Esto determinará qué tan bien puede ver. Si su visión no se puede corregir con anteojos, es posible que tenga algún tipo de enfermedad ocular.*

*Aunque creemos que la refracción es importante, Medicare y la mayoría de las compañías de seguros médicos no pagarán por este servicio. Nuestro cargo por refracción es de **\$75.00**. Si tiene un seguro de vista, como el Plan de Servicios de la Vista (VSP) o los Servicios Médicos de la Vista (MES), la mayoría de los cargos estarán cubiertos. Recuerde que el seguro de la vista es cubrir los exámenes oculares básicos para detectar errores refractivos (miopía, hipermetropía, astigmatismo o anteojos de lectura para la presbicia a partir de los 40 años). , etc.). Aseguranza Medica esta diseñada para cubrir exámenes medicos. (Amblyopia, Strabismus, Cataratas Glaucoma, etc).*

*Idealmente, un examen ocular completo debe incluir refracción, especialmente si no puede ver bien, y sentimos que es necesario. Sin embargo, es posible que podamos realizar un examen ocular para asegurarnos de que no tiene una enfermedad ocular grave sin realizar la refracción. Debido a que no deseamos presentarle ningún cargo "oculto", solo realizaremos la refracción con su permiso.*

*Firme esta declaración para indicar que ha leído y comprende el propósito de la refracción y que entiende que es financieramente responsable si su compañía de seguros rechaza el pago de este servicio.*

*Nombre del Paciente (Escriba en letra en molde)*

---

*Patient Signature / Firma del Paciente (Responsible Party / Persona Responsable)*

*Date / Fecha: \_\_\_\_\_*

---

1665 Dominican Way Suite 124  
Santa Cruz, California 95065  
(831)475-7012

150 Carnation Drive Suite 2  
Freedom, California 95019  
(831)761-5488

# **BAY EYE MEDICAL GROUP, INC.**

**Rex C. Hsei, M.D.**

**Clement J. Cheng, M.D.**

**Andrew Zhou, M.D.**

Eye Physicians and Surgeons

**Orkida Solomon, O.D.**

Optometrist

## AUTORIZACION DE LOS BENEFICIOS DE LA ASEGURANZA E INFORMACION SOBRE SU CUENTA PARA TODOS LOS PACIENTES

Bienvenidos a Grupo Medico Bay Eye, Inc. Ya que las companias de aseguranza cambian contrato, planes e beneficios frecuentemente, es dificil para nosotros verificar que su aseguranza es la cual con la que estamos contratados el dia de su visita. Nosotros intentamos confirmar su cobertura bajo la aseguranza, pero no siempre es posible asertar esta informacion adecuadamente el dia de su visita. Usted debe confirmar sus beneficios y si Grupo Medico Bay Eye y sus doctores son proveedores contratados antes de su visita. Por favor tenga en cuenta que sometemos la cuenta a su aseguranza como un servicio a usted. Es su responsabilidad estar al tanto en la cobertura de servicios, deductibles, y la cantidad en co-pagos. De cualquier manera, usted si sera visto por nuestros doctores ya que no queremos detenerle servicios inapropiadamente. Cuando usted llege a la recepcion, le haremos una copia a su tarjeta de aseguranza para nuestro registro. Haciendo una copia de su tarjeta de aseguranza no confirma que usted tiene cobertura con nosotros.

Al firmar abajo, yo pido que pagos de los beneficios de la aseguranza sean hechos a mi beneficio al Grupo Medico Bay Eye para servicios concedidos por sus medicos / proveedores. Yo entiendo que mi firma pidiendo que pago sea hecho autoriza que informacion medica necesaria sea dada para asegurzar pago. Esto incluye dar recetas a otros doctores y tiendas de lentes.

### PACIENTES DE MEDICARE

Yo pido que pago de beneficios de la aseguranza sean hechos a mi o para mi beneficio a Grupo Medico Bay Eye para cualquier servicio dado. Yo autorizo que informacion medica de mi sea dada a los Centros de Medicare y Servicios de Medicaid (CMS) y sus agentes para cualquier informacion necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios que son aceptados para servicios asociados. Entiendo que Bay Eye ha concedido aceptar el cargo permitido tal como ha sido determinado por Medicare como el cobro completo. Medicare paga 80% del cobro y entiendo que yo soy responsable por el balance del cargo, deductibles, co-aseguranza y servicios que no son cubiertos. Co-aseguranza y deductibles son determinados por la aseguranza. Yo entiendo que Medicare no cubre servicios de refraccion. Yo sere personalmente y completamente responsable de la refraccion del examen. Medicare (y la mayoría de otras aseguranzas) no cubren anteojos o medicamentos en la mayoría de los casos. En caso de que otra aseguranza (aseguranza secundaria) sea indicada mi firma autoriza que informacion sea dada a tal aseguranza o agencia.

### HMO / PACIENTES CON AUTORIZACION PREVIA

Yo entiendo que soy ultimadamente responsable de autorizaciones para el cuidado / tratamiento dado por Grupo Medico Bay Eye. EN CASO que un servicio no sea autorizado o sea rechazado, yo asumo responsabilidad entera por cualquier o todo el cobro, incluyendo co-pagos y deductibles.

Es su responsabilidad saber si Grupo Medico Bay Eye es un proveedor de su compania de aseguranza. Si nosotros le proveemos servicios a usted y NO SOMOS un proveedor contratado, su compania de aseguranza nos indicara que usted es responsable por todo o gran parte de su cuenta.

### PAGO PRIVADO DE LOS PACIENTES

Pago por los servicios dados se espera el dia del servicio. Nosotros ofrecemos un descuento de 10% por su cooperacion y pago puntual en sus servicios medicos (esto no incluye la Coreccion de la Vista con Lazer – Lazer Vision Correction, Medicamentos o materiales). En el futuro, en caso de que obtenga cobertura medica o de la vision, por favor diganos y nosotros estaremos de acuerdo en mandarle la cuenta para su beneficio. Nosotros estamos comprometidos en proveerle servicio de calidad. Con los cambios en el cuidado medico, esto puede ser un procedimiento consumidor. Gracias en Adelante por su cooperacion y paciencia. *Yo he leido la informacion arriba. Yo entiendo que todos los servicios rendidos son ultimadamente mi responsabilidad. En caso de que Grupo Medico Bay Eye, Inc. no sea un proveedor contratado, o en caso de que los servicios rendidos no sean beneficios cubiertos bajo mi plan, yo sere responsable por todos los cargos relacionados a los servicios dados y pagare la cuenta completa.*

Patient Signature / Firma del Paciente (Responsible Party / Persona Responsable)

Date / Fecha

# **BAY EYE MEDICAL GROUP, INC.**

**Rex C. Hsei, M.D.**

**Clement J. Cheng, M.D.**

**Andrew Zhou, M.D.**

Eye Physicians and Surgeons

**Orkida Solomon, O.D.**

Optometrist

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA.

ESTE AVISO TAMBIÉN DESCRIBE CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

### **SOBRE ESTE AVISO**

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de la Información Médica Protegida y que le entreguemos este Aviso que explica nuestras prácticas de privacidad con respecto a esa información. Usted tiene ciertos derechos, y nosotros tenemos ciertas obligaciones legales, con respecto a la privacidad de su Información de Salud Protegida, y este Aviso también explica sus derechos y nuestras obligaciones. Estamos obligados a cumplir con los términos de la versión actual de este Aviso.

### **¿QUÉ ES LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA?**

La "Información Médica Protegida" es información que lo identifica individualmente y que creamos u obtenemos de usted o de otro proveedor de atención médica, plan de salud, su empleador o un centro de intercambio de información de salud y que se relaciona con (1) su pasado, presente o salud o afecciones físicas o mentales futuras, (2) la provisión de atención médica a usted, (3) el pago pasado, presente o futuro de su atención médica.

### **CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Mantenemos y compartimos registros médicos y financieros relacionados con usted en papel y en formato electrónico. Usamos esta información y la divulgamos a otros o con los siguientes propósitos:

*Tratamiento.* Utilizamos su información médica para brindarle atención médica y para coordinar su atención médica con otros proveedores, y la divulgamos a otros proveedores de atención médica de manera electrónica para que puedan brindarle servicios de atención médica. Por ejemplo, si lo remitimos a un médico especialista, enviamos todo o parte de su registro de salud al especialista para que lo ayude a evaluar y tratarle. Si su proveedor es un participante de un intercambio de información de salud, su registro estará visible para otros proveedores que son participantes en el intercambio.

*Pago.* Usamos y divulgamos su información médica para obtener el pago por los servicios de atención médica que le brindamos, incluida la determinación de su elegibilidad para los beneficios. Por ejemplo, podemos enviar un reclamo a su aseguradora que contenga información sobre los servicios que le brindamos, o podemos enviarle una factura a un miembro de la familia que sea responsable de pagar por su atención.

*Operaciones de atención médica.* Usamos y divulgamos su información de salud según sea necesario para permitirnos operar nuestra práctica médica. Por ejemplo, utilizamos la información de reclamos de nuestros pacientes para nuestras actividades de contabilidad financiera interna, y revisamos los registros de salud para garantizar la calidad.

También revelamos información de salud a nuestros Socios comerciales que nos asisten en estas funciones, pero obtenemos un acuerdo de confidencialidad de ellos antes de que hagamos dichas revelaciones para fines de pago u operativos. Por ejemplo, las compañías que proporcionan o mantienen nuestros sistemas informáticos pueden tener acceso a información médica computarizada en el curso de la prestación de servicios a nosotros.

*Comunicándonos con usted.* Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre las opciones de tratamiento disponibles para usted. También podemos comunicarnos con usted sobre otros servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

*Otros involucrados en su cuidado.* A menos que usted se oponga, podemos revelar información médica a un amigo o familiar que esté involucrado en su cuidado, en la medida en que lo consideremos necesario para su participación.

*Otras revelaciones.* Podemos revelar información médica sin su autorización a agencias gubernamentales, individuos privados y organizaciones en una variedad de circunstancias en las cuales la ley nos exige o autoriza hacerlo. Estos son los tipos generales de divulgaciones que podemos requerir o permitir que hagamos sin su autorización:

- Revelaciones que son requeridas por la ley estatal o federal.
- Revelaciones a las autoridades de salud pública u otras personas relacionadas con actividades de salud pública.
- Podemos revelar Información Médica Protegida a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica y el paciente está de acuerdo o la ley nos exige o autoriza a hacer esa divulgación.
- Revelaciones a las agencias responsables de supervisar el sistema de atención médica, para auditorías, inspecciones o investigaciones.
- Divulgaciones para procedimientos judiciales y administrativos, tales como juicios.
- Divulgaciones a las agencias policiales.
- Revelaciones a médicos forenses y examinadores médicos.
- Revelaciones a agencias de obtención de órganos, si usted es un donante de órganos o un posible donante
- Revelaciones a los investigadores que realizan investigaciones bajo los auspicios de una Junta de Revisión Institucional o Junta de Privacidad.
- Revelaciones para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.
- Si usted es un miembro de las fuerzas armadas o un veterano, podemos revelar información médica a su autoridad de comando militar o a la administración de veteranos para ayudarlo a determinar su elegibilidad para la divulgación de beneficios de veteranos para ayudar a funcionarios federales autorizados en actividades de seguridad nacional, o para la prestación de servicios de protección a funcionarios.

# BAY EYE MEDICAL GROUP, INC.

**Rex C. Hsei, M.D.**

**Clement J. Cheng, M.D.**

**Andrew Zhou, M.D.**

Eye Physicians and Surgeons

**Orkida Solomon, O.D.**

Optometrist

- Si usted es un recluso de una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar su información médica a la institución o al funcionario.
- Revelaciones a otras agencias que administran programas gubernamentales de beneficios de salud, según lo autorice o requiera la ley.
- Revelaciones para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores.
- Podemos usar o revelar su información médica protegida para proporcionar avisos legalmente requeridos de acceso autorizado a nuestra revelación de su información médica.
- Revelaciones a organizaciones de socorro en caso de desastre que buscan su Información de Salud Protegida para coordinar su atención, o que notifican a familiares y amigos su ubicación o condición en un desastre. Le brindaremos la oportunidad de aceptar u objetar dicha revelación siempre que sea posible.
- Podemos usar o revelar su Información Médica Protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para actividades de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.

*Limitaciones.* En algunas circunstancias, su información de salud puede estar sujeta a restricciones que pueden limitar o excluir algunos usos o divulgaciones descritos anteriormente. Por ejemplo, los programas de beneficios de salud del gobierno pueden limitar la divulgación de información de salud para fines no relacionados con el programa. Además, existen restricciones especiales a la divulgación de información médica relacionada con el estado del VIH / SIDA, el tratamiento de la salud mental, las discapacidades del desarrollo y el tratamiento del abuso de drogas y alcohol. Cumplimos con estas restricciones en el uso de su información de salud.

*Autorización.* Excepto por lo descrito anteriormente, no permitiremos otros usos y divulgaciones de su información de salud sin su autorización por escrito, que puede revocar en cualquier momento de la manera descrita en nuestro formulario de autorización.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Tiene los siguientes derechos, sujetos a ciertas limitaciones, con respecto a su Información de Salud Protegida:

- Tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar ninguna restricción solicitada por nuestros pacientes.
- Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de nosotros, por ejemplo, solicitándonos que nos comuniquemos con usted a un número de teléfono, buzón de correos u otra dirección en particular.
- Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar ciertos registros que mantenemos. Estos incluyen nuestros registros médicos y registros de facturación relacionados con usted. Bajo ciertas circunstancias, podemos negar su solicitud. Si su solicitud es denegada, le informaremos la razón por escrito. Usted tiene el derecho de apelar la denegación.
- Si considera que la información en nuestros registros es incorrecta, tiene derecho a solicitarnos que enmendemos los registros. Podemos negar su solicitud en ciertas circunstancias. Si su solicitud es denegada, tiene derecho a presentar una declaración para incluirla en el registro.
- Tiene derecho a recibir un informe de divulgaciones no rutinarias que hayamos hecho de su información de salud, hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. Hay algunas excepciones: por ejemplo, no mantenemos registros de revelaciones hechas con su autorización; divulgaciones hechas para los fines de tratamiento, obtención de pago por servicios de salud u operación de nuestra práctica médica; revelaciones hechas a usted; y ciertas otras revelaciones.
- Usted tiene el derecho de solicitar que se le entregue una copia electrónica de su registro o que se la transmita a otra persona o entidad para cualquier registro que mantengamos en formato electrónico. Haremos todo lo posible para proporcionar acceso a su Información Médica Protegida en la forma o formato que solicite, si es fácilmente producible en dicha forma o formato. Si la Información de Salud Protegida no es fácilmente producible en el formulario o formato que solicita, su registro se proporcionará en nuestro formato electrónico estándar o si no desea este formulario o formato, una copia impresa legible. Es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en el costo, por el trabajo asociado con el envío (electrónico o impreso) de su registro médico.
- Usted tiene derecho a ser notificado en caso de incumplimiento de cualquiera de su Información de Salud Protegida no segura.
- Si pagó de su bolsillo (o en otras palabras, solicitó que no facturemos a su plan de salud) por un artículo o servicio específico, tiene derecho a solicitar que su Información Médica Protegida con respecto a eso el artículo o servicio no se divulgará a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica, y cumpliremos con esa solicitud.
- Si recibió este aviso electrónicamente, tiene derecho a solicitarnos una copia en papel en cualquier momento.
- Tiene derecho a optar por no participar en el Intercambio de Información de Salud. Su médico puede proporcionarle más información o visitar [www.santacruzhi.org](http://www.santacruzhi.org).

Lo anterior es una declaración general de sus derechos. Están sujetos a todas las limitaciones permitidas o exigidas por la ley.

## **¿CÓMO PUEDO EJERCITAR ESTOS DERECHOS?**

Puede ejercer cualquiera de sus derechos enviando una solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección que figura a continuación. Le recomendamos que llame a nuestra oficina y hable con nosotros si tiene alguna pregunta o inquietud. Susan Blackwell, Bay Eye Medical Group, 1665 Dominican Way, Santa Cruz, California 95065, (831) 475-7012.

*Para presentar una queja ante el Secretario, envíela por correo a: Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 200 Independent Ave. SW, Washington, DC 20201. Llame al (202) 619-0257 (o al número gratuito (877) 696-6775) o visite el siguiente sitio web de la Oficina de Derechos Civiles, [www.hhs.gov/ocr/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/), para más información. No habrá represalias contra usted por presentar una queja.*

**BAY EYE MEDICAL GROUP, INC.**

**Rex C. Hsei, M.D.**

**Clement J. Cheng, M.D.**

**Andrew Zhou, M.D.**

Eye Physicians and Surgeons

**Orkida Solomon, O.D.**

Optometrist

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
PARA EL GRUPO MEDICO BAY EYE**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Hora:** \_\_\_\_\_ a.m. /p.m.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

(Paciente / Representante / Cónyuge / Parte Financieramente Responsable)

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, indique su relación legal con el paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_