



EYE CARE & SURGERY

**Arthur M. Cotliar, M.D. • Jeremy M. Cotliar, M.D. • Gabriel M. Ferreira, M.D.
Rajendra K. Bansal, M.D. • James F. Kelly, M.D. • Jessica L. Barest, M.D.
Rachelle Goller, O.D. • Kevin Rosin, O.D.**

Querido Paciente:

Gracias por habernos seleccionado para el cuidado de sus ojos. Por favor llenar y traer estas formas con usted el día de la cita. No olvide traer:

- Tarjetas de seguro
- Referido de su médico primario (si es requerido por su seguro)
- Foto ID

Su visita tomara 2 horas aproximadamente en nuestra oficina. Nuevamente muchas gracias por dejarnos ser parte en el cuidado de sus ojos.

Sinceramente,

Arthur M. Cotliar, M.D. & Staff

**Harkness Eye Institute • 635 West 165th Street • Suite 370 • New York, NY 10032
New York Eyewear • 130 Fort Washington Avenue • Suite 1M • New York • NY 10032
Eye Care & Surgery • 880 River Avenue • Main Floor • Bronx • NY 10452
(212) 568-2600 • (212) 305-2241
Fax (212) 568-0097 • (212) 305-3266
www.drcotliar.com**



EYE CARE & SURGERY

Arthur M. Cotliar, M.D. • Jeremy M. Cotliar, M.D. • Gabriel M. Ferreira, M.D.
Rajendra K. Bansal, M.D. • James F. Kelly, M.D. • Jessica L. Barest, M.D.
Rachelle Goller, O.D. • Kevin Rosin, O.D.

REGISTRO DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Direccion: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Telefono casa: _____ Celular: _____

O mejor numero de contacto: _____ Estado Civil: _____

Seguro Social # : _____ Sexo: _____

Nombre madre: _____ Nombre padre: _____

Menor de edad: Madre fecha nacimiento: _____ Padre fecha nacimiento: _____

Referido por (Nombre, direccion, telefono) _____

Medico Primario (PCP): _____ Telefono: _____

Correo Electronico: _____

Acepto recibir comunicacion por correo electronic y mensajes de texto de Eye Care & Surgery

Farmacia: _____ Telefono: _____

Nombre contacto de emergencia: _____ Telefono: _____

Informacion del Seguro

Seguro Primario: _____

Nombre Subscriptor

Numero de poliza

Relacion con el paciente

SSN#: _____ Seguro Secundario: _____

Tiene Plan de Vision ? Si No Si, Cual? _____

La información mencionada es verdadera según mi leal saber y entendimiento. Autorizo a mi seguro para que los beneficios sean pagados directamente al médico. Comprendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. Yo también autorizo Eye care and Surgery y la compañía de seguros para utilizar cualquier información requerida para proceso de cobros.

Firma Paciente / padre/ guardian: _____

Fecha: _____

Harkness Eye Institute • 635 West 165th Street • Suite 370 • New York, NY 10032
New York Eyewear • 130 Fort Washington Avenue • Suite 1M • New York • NY 10032
Eye Care & Surgery • 880 River Avenue • Main Floor • Bronx • NY 10452
(212) 568-2600 • (212) 305-2241
Fax (212) 568-0097 • (212) 305-3266
www.drcotliar.com



EYE CARE & SURGERY

**Arthur M. Cotliar, M.D. • Jeremy M. Cotliar, M.D. • Gabriel M. Ferreira, M.D.
Rajendra K. Bansal, M.D. • James F. Kelly, M.D. • Jessica L. Barest, M.D.
Rachelle Goller, O.D. • Kevin Rosin, O.D.**

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nuestro aviso de practica privado proporciona la informacion sobre como podemos utilizar y divulgar la informacion protegida de la salud sobre usted. El aviso contiene una seccion de los derechos del paciente que describe sus derechos bajo ley. Tiene el derecho de repasar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los terminos de nuestro aviso pueden cambiar, Si cambiamos nuestro aviso, puedes obtener una copia revisada si contacta a nuestra oficina.

Tienes el derecho de solicitar como restringimos y protegemos la informacion de su salud de como se utiliza, se divulga para el tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado medico. No nos requieren convenir con esta restriccion, sino que si lo hacemos honraremos ese acuerdo.

Firmando este formulario, consientes a nuestro uso y acceso de la informacion de su salud, el tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado medico. Tienes el derecho de revocar este consentimiento, en la escritura, firmada por ti. Sin embargo, tal revocacion no afectara ningun acceso que hemos hecho en el consentimiento previo. La practica proporciona este formulario para conformarse con el acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro medico de 1996(HIPPA).

El paciente entiende que:

- La informacion protegida de la salud sobre usted, se puede divulgar o utilizar para el tratamiento, el pago o las operaciones de cuidado medico.
- La practica tiene un aviso de la poliza privada y el paciente tiene la oportunidad de repasar este aviso.
- La practica reserva el derecho de cambiar el aviso de la poliza privada.
- El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su informacion, pero la practica no tiene que convenir con esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento en cualquier momento y todos los accesos futuros cesaran.
- La practica puede condicionar el tratamiento sobre la ejecucion de este consentimiento.

Este consentimiento fue firmado por: _____
(Firma paciente / padre/ Guardian)

Relacion al paciente (si no es el paciente): _____

Fecha: _____

En frente de: _____
(representante de la oficina)

**Harkness Eye Institute • 635 West 165th Street • Suite 370 • New York, NY 10032
New York Eyewear • 130 Fort Washington Avenue • Suite 1M • New York • NY 10032
Eye Care & Surgery • 880 River Avenue • Main Floor • Bronx • NY 10452
(212) 568-2600 • (212) 305-2241
Fax (212) 568-0097 • (212) 305-3266
www.drkotliar.com**



EYE CARE & SURGERY

Arthur M. Cotliar, M.D. • Jeremy M. Cotliar, M.D. • Gabriel M. Ferreira, M.D.
Rajendra K. Bansal, M.D. • James F. Kelly, M.D. • Jessica L. Barest, M.D.
Rachelle Goller, O.D. • Kevin Rosin, O.D.

FORMULARIO DE COMUNICACION AL PACIENTE

- **Familia y amigos.** Es la politica de la oficina del cuidado y cirugia del ojo de el Doctor Arthur M. Cotliar para no divulgar ninguna informacion medica confidencial con respecto a su tratamiento o de los miembros o de los amigos de la familia, a excepcion (i) del padre/del guarda legal. (ii) otras personas autorizadas por el paciente, (iii) como podemos razonablemente deducir las siguientes circunstancias (por ejemplo, si usted trae a un miembro o a un amigo de la familia a el cuarto de examinacion, nosotros asumiremos, a menos que usted se oponga, que la persona tiene el derecho a recibir informacion con respecto a su tratamiento), (iv) en situaciones de la emergencia, u (v) otra segun lo permitido de otra manera por el acto del seguro medico y de responsabilidad de 1996 (HIPAA).

Si usted anticipa esto o si quisiera su informacion medica que fuera proporcionada a los miembros, amigos, guardians legales, nineras. Usted necesitara indicar abajo, para que podamos servirle mejor. Firmando abajo, usted autoriza a las siguientes personas para recibir informacion con respecto a su tratamiento o cuidado; (si desea agregar nombres mas adelante, por favor escribanos a nuestra oficina o llame a nuestro personal).

Esposo /a: _____ Fecha Nacimiento: _____ Si _____ No

Padres: _____ Fecha Nacimiento: _____ Si _____ No

Otros: _____ Fecha Nacimiento: _____ Si _____ No

_____ Fecha Nacimiento: _____ Si _____ No

- **Comunicaciones alternativas.** Usted tiene el derecho a especificar medios de comunicacion alternativas razonables, si no desea ser contactado por nosotros de cierta manera. Solicito por este medios los siguientes del contacto solamente: _____

Escriba el Nombre: _____

Firma Paciente/Padre/ Guardia legal: _____

Fecha: _____

Harkness Eye Institute • 635 West 165th Street • Suite 370 • New York, NY 10032
New York Eyewear • 130 Fort Washington Avenue • Suite 1M • New York • NY 10032
Eye Care & Surgery • 880 River Avenue • Main Floor • Bronx • NY 10452
(212) 568-2600 • (212) 305-2241
Fax (212) 568-0097 • (212) 305-3266
www.drkotliar.com



EYE CARE & SURGERY

**Arthur M. Cotliar, M.D. • Jeremy M. Cotliar, M.D. • Gabriel M. Ferreira, M.D.
Rajendra K. Bansal, M.D. • James F. Kelly, M.D. • Jessica L. Barest, M.D.
Rachelle Goller, O.D. • Kevin Rosin, O.D.**

FORMULARIO DE LIBERACION DE SEGURO DEL PACIENTE

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Zona Postal:** _____

Telefono Casa: _____ **Celular:** _____

Por medio de este infrascrito se autoriza la exclusion de cualquier informacion referente a todas las demandas para beneficios sometidas a nombre de mio y/o de mis dependientes. Fomento, expreso, convengo y reconozco que mi firma en este documento autoriza a mi medico a someter las demandas para beneficios; para los servicios sometidos o para que los servicios sean sometidos, sin la obtencion de ninguna firma en cada demanda que se sometera a mi nombre y/o mis dependientes, esta firma me atara a este infrascrito que firmado personalmente a le demanda particular.

Si tengo Medicare o algun otro seguro, solicito que el pago autorizado por Medicare y otros beneficios del seguro, este hecho a mi o en mi favor al medico arriba nombrado y a sus asociados para cualquier servicio. Autorizo cualquier informacion medica sobre mi para que sea remetida a el administracion de las finanzas del cuidado medico y autorizo a sus agents o cualquier informacion medica necesaria para determinar cualquier pago.

Si el "otro seguro medico" indicado en el articulo 9 de la forma HCFA-1500, o en otra parte de otras formas de demanda aprobadas o demanadas electronicas sometidas, mi firma aurtoriza remitir informacion al asegurador o la agencia. El Seguro de enfermedad (Medicare) asigna casos, el medico o el surtidor acuerdan aceptar la determinacion del cobro del portador de seguro de enfermedad como pago completa, y el paciente es responsable solamente del deducible, del seguro secundario, y de los servicios no cubiertos. No estan cubiertos los servicios tales como refraccion, contactos o servicio de lente de contacto. El seguro secundario y los deducibles se basan sobre la determinacion del pago del portador de seguro de enfermedad (Medicare).

Firma Paciente / padre / Guardian: _____

Fecha: _____

**Harkness Eye Institute • 635 West 165th Street • Suite 370 • New York, NY 10032
New York Eyewear • 130 Fort Washington Avenue • Suite 1M • New York • NY 10032
Eye Care & Surgery • 880 River Avenue • Main Floor • Bronx • NY 10452
(212) 568-2600 • (212) 305-2241
Fax (212) 568-0097 • (212) 305-3266
www.drkotliar.com**



EYE CARE & SURGERY

Arthur M. Cotliar, M.D. • Jeremy M. Cotliar, M.D. • Gabriel M. Ferreira, M.D.
Rajendra K. Bansal, M.D. • James F. Kelly, M.D. • Jessica L. Barest, M.D.
Rachelle Goller, O.D. • Kevin Rosin, O.D.

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Optomap



Optomap

Examen de los ojos sin dilatación*

Optomap es una máquina con amplio campo visual del ojo que permite obtener una mejor visualización de la retina. Este dispositivo ayuda a diagnosticar Enfermedades de la retina como la degeneración macular, glaucoma, agujeros, desprendimientos retinales y retinopatía diabética sin necesidad de dilatar los ojos en la mayoría de pacientes.

Medicare y otros seguros medicos no cubren los \$10.00 de cargo por este servicio y su pago debera ser realizado por el paciente en el momento del examen.

Acepta estos terminos?

Selección: SI NO

Costo: \$10.00

Iniciales: _____

* excepto evaluacion de cataratas.
Solo Disponible en el Instituto de los ojos

Scanner Biofotonico S3



Scanner Biofotonico **S3** es una herramienta de última tecnología que permite medir el nivel de antioxidantes en tejidos vivos. Esta máquina provee resultados que indican el estado general de antioxidantes en el cuerpo. Todos podran saber su nivel vitamínico de inmediato, el cual puede alertar al paciente en caso de que necesite hacer mejoras en su estilo de vida y dieta. Estos niveles son muy importantes en oftalmología para la salud de los ojos. Nosotros podemos recomendar multivitaminas especiales con mejor absorción en el cuerpo. Medicare y otros seguros medicos no cubren los \$20.00 de cargo por este servicio y su pago deberá ser realizado por el paciente en el momento de el examen.

Acepta estos terminos?

Selección: SI NO

Costo: \$20.00

Iniciales: _____

Refracción



la **refracción** es un examen realizado para determinar y decidir si es necesario utilizar lentes para corregir su visión.

La **refracción** es un servicio que no está cubierto por *Medicare*, y la mayoría de planes comerciales no lo cubren. en tal caso Usted es responsable por el pago de la refracción.

El costo de la refracción es de **\$35.00 el cual debe ser pagado en el momento de la visita,** junto a

cualquier copago requerido por su plan de salud. Si usted decide hacer sus lentes en nuestra óptica el monto pagado por la refracción será aplicado a la order de sus lentes.

Acepta estos terminos?

Selección: SI NO

Costo: \$35.00

Iniciales: _____

Harkness Eye Institute • 635 West 165th Street • Suite 370 • New York, NY 10032
New York Eyewear • 130 Fort Washington Avenue • Suite 1M • New York • NY 10032
Eye Care & Surgery • 880 River Avenue • Main Floor • Bronx • NY 10452
(212) 568-2600 • (212) 305-2241
Fax (212) 568-0097 • (212) 305-3266
www.drkotliar.com



EYE CARE & SURGERY

Arthur M. Cotliar, M.D. • Jeremy M. Cotliar, M.D. • Gabriel M. Ferreira, M.D.
Rajendra K. Bansal, M.D. • James F. Kelly, M.D. • Jessica L. Barest, M.D.
Rachelle Goller, O.D. • Kevin Rosin, O.D.

CUESTIONARIO MEDICO CONFIDENCIAL

Nombre:..... Fecha de Nacimiento:..... Fecha:.....

Historia Ocular:

Historia previa de tratamiento o exámenes de los ojos: _____

Tienes algunos problemas de salud con los siguiente? Por favor seleccionar si o no

| Ojos: | Si | No | Cardiovascular | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Perdida de vision a la distancia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presion alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perdida de vision de cerca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque al corazon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision distorcionada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Palpitos irregularres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Luces intermitentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapasos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Flotantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugia para destapar las arterias..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ceguera en la noche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Endocrino: | | |
| Dolor o Molestia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Azucar alta en la sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orsuelos o Quistes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Azucar baja en la sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Catarata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glaucoma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insulina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problema con la retina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pildora | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estrabismos (ojos crusados)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problema de tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infeccion cronica en el ojo o parpados..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neurologico: | | |
| Oido, Nariz, Boca y Garganta: | | | Desmayos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perdida de audicion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Migrana/Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mareos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Derrame | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Congestion de sinusitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Paralisis de la cara..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Recequedad en la boca o garganta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

General:

Cancer (donde).....
(Cuando).....

Harkness Eye Institute • 635 West 165th Street • Suite 370 • New York, NY 10032
New York Eyewear • 130 Fort Washington Avenue • Suite 1M • New York • NY 10032
Eye Care & Surgery • 880 River Avenue • Main Floor • Bronx • NY 10452
(212) 568-2600 • (212) 305-2241
Fax (212) 568-0097 • (212) 305-3266
www.drkotliar.com



EYE CARE & SURGERY

Arthur M. Cotliar, M.D. • Jeremy M. Cotliar, M.D. • Gabriel M. Ferreira, M.D.
Rajendra K. Bansal, M.D. • James F. Kelly, M.D. • Jessica L. Barest, M.D.
Rachelle Goller, O.D. • Kevin Rosin, O.D.

Gastrointestinal:

- | | Si | No |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Agriera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Piedras en la Vesicula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diarrea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ulcera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Respiratorio:

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bronquitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Emfisema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respiracion corta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pecho apretado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos Cronica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Genitourinario:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Problemas en los rinones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambios en la orina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Es alergico a algun medicamento?.....
.....

Musculoesqueletico:

Artritis (nombre el tipo).....
.....

Hematologico/Linfatico: **Si No**

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sangrado Anormal Agriera..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desordenes de la sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anemia Aguda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Piel:

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cancer en la Piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Salpullido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Resequedad en la piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Psiquiatrico:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Depresion..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambios Emocionales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Alergia/Inmunologicas:

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Alergias temporales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reaccion anafilectica..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VIH (SIDA)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Usted fuma? Cuantos al dia?.....
Usted Consume licor(Alcohol)? Cuanto?.....

Medicamentos: (Escriba los mas reciente).....
.....

Historia Familiar:

- | | Si | No |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Desorden de tiroides..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glaucoma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Si | No |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Degeneracion macular..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presion alta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades sistematica..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Firma del Paciente:.....

Firma doctor:..... Fecha:.....

Harkness Eye Institute • 635 West 165th Street • Suite 370 • New York, NY 10032
New York Eyewear • 130 Fort Washington Avenue • Suite 1M • New York • NY 10032
Eye Care & Surgery • 880 River Avenue • Main Floor • Bronx • NY 10452
(212) 568-2600 • (212) 305-2241
Fax (212) 568-0097 • (212) 305-3266
www.drkotliar.com

