



**REGISTRATION FORM / FORMA DE REGISTRO**

In the case that a question does not pertain to you, please answer with "not applicable" (N/A)  
 En caso de que una pregunta no aplique, por favor responda "no aplica" (N/A)

Today's Date / Fecha: \_\_\_\_\_

**PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE**

Last Name / Apellido del Paciente:		First Name / Nombre:	
Birth Date / Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)		Age / Edad:	Social Security # / # de Seguro Social:
Home Phone / Tel. de Casa:		Work Phone / Tel. de Trabajo:	Cell Phone / Tel. Celular:
E-mail / Correo Electronico:		<input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino <input type="checkbox"/> Non-binary	
Mailing Address / Direccion Postal:			Apartment / Apartamento:
City / Ciudad:		State / Estado:	Zip Code / Codigo Postal:
Occupation / Ocupacion:		Employer / Empleador:	
Marital Status / Estado Civil:		Primary Language / Idioma Principal:	
Race / Raza: <input type="checkbox"/> Black/African American (Afroamericano) <input type="checkbox"/> Native American (Nativo Americano) <input type="checkbox"/> Asian (Asiatico) <input type="checkbox"/> Pacific Islander (Origen de las Islas del Pacifico) <input type="checkbox"/> Caucasian (Caucasico) <input type="checkbox"/> Decline to Answer (Me niego a contestar) <input type="checkbox"/> Hispanic, Latino, or Spanish origin (Hispano, Latino, or o de origen Español)			
Parent/Guardian Name (Nombre del Padre/Guardian)		Parent/Guardian Phone (Tel. del Padre/Guardian)	
Parent/Guardian Name (Nombre del Padre/Guardian)		Parent/Guardian Phone (Tel. del Padre/Guardian)	
How did you hear about us? ¿Como fue informado acerca de nosotros? <input type="checkbox"/> Friend / Amigo(a) <input type="checkbox"/> Internet / Pagina Web <input type="checkbox"/> Phonebook / Directorio Telefonico <input type="checkbox"/> Other/ Otro			

**INFORMATION OF RESPONSIBLE PARTY / INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSIBLE**

Last Name / Apellido del Paciente:		First Name / Nombre:	
Address / Direccion:		Phone Number / Tel:	
		Relationship to Patient / Relacion al Paciente:	
Birth Date / Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)			
Employer / Empleador:		Employer Phone # / Tel. Del Empleador:	
Employer Address / Direccion del Empleador:			

**IN CASE OF EMERGENCY / EN CASO DE EMERGENCIA**

Name / Nombre:		Relationship to Patient / Relacion al Paciente:	
Phone # / Tel:		Cell Phone / Tel. Celular:	
<p>The above information is true to the best of my knowledge. I authorize Medicare or my insurance company to pay the Eye Institute of Marin and my physician directly. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize the Eye Institute of Marin or insurance company to release any information required to process my claims.</p> <p>La informacion anterior es verdadera segun mi entender. Autorizo a Medicare o a mi compañía de seguros a pagar a Eye Institute of Marin mi medico directamente. Entiendo que soy responsable financieramente por cualquier cuentas pendientes. Tambien autorizo a Eye Institute of Marin o a mi compañía de seguros a proveer cualquier informacion que se requiera para procesar mis pagos.</p>			
Patient/Parent/Guardian Signature (Firma del Paciente/Guardian)			Date / Fecha:

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

Medico General: \_\_\_\_\_

Fui referido por \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_

Fecha de ultimo examen ocular \_\_\_\_\_ Yo uso:  Gafas  Pupilentes  Ninguno

Farmacia & Locacion: \_\_\_\_\_

<b>Estatus fumador:</b> <input type="checkbox"/> fumo, numero de paquetes al dia: <input type="checkbox"/> Nunca fume <input type="checkbox"/> Fumaba, pare:		
Yo uso: <input type="checkbox"/> Gotas para ojos <input type="checkbox"/> Flomax <input type="checkbox"/> Anticoagulantes <input type="checkbox"/> ESTEROIDES (aerosol oral o nasal/inhaladores)		

<b>Lista de Medicamentos:</b> <input type="checkbox"/> No Tomo Medicamentos	<b>Alergias a Medicamentos:</b> <input type="checkbox"/> No tengo alergias	<b>Tipo de Reaccion</b>

**Historial Médico**

Ojos:	<input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Desgarro de la retina <input type="checkbox"/> Destellos <input type="checkbox"/> Cuerpos flotantes	Otro: _____
Cardíaco:	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Infarto	Otro: _____
Psiquiátrico/ Neurologico	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria	Otro: _____
Piel	<input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Soriasis <input type="checkbox"/> Rosácea	Otro: _____
Pulmonar	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC	Otro: _____
Sistémico	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune: _____	Otro: _____
Diabetes	Tipo I o II <input type="checkbox"/> Uso insulina	Nivel de azúcar: Ultimo HgA1C: <input type="checkbox"/> Controlado <input type="checkbox"/> Descontrolado
		Año Diagnosticado: _____

Otras condiciones médicas: \_\_\_\_\_

Cirugías anteriores (por favor incluya cirugías no relacionadas a los ojos): \_\_\_\_\_

Tengo **antecedents familiares** de: (Incluya condiciones no relacionadas a los ojos):  No tengo / No estoy seguro

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Kathryn Najafi-Tagol, MD  
 4000 Civic Center Dr, Ste 200A  
 San Rafael, CA 94903  
 (415) 444-0300

**RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO GENERAL**

Entiendo que mi privacidad está protegida y he leído el Aviso de prácticas de privacidad.		<input type="checkbox"/> Si
Doy mi consentimiento para recibir atención médica y tratamiento del Eye Institute of Marin.		<input type="checkbox"/> Si
He leído y entiendo las pólizas de la oficina y las pólizas financieras. Entiendo que cualquier violación de estos términos está sujeta a una referencia a una agencia de cobro y / o despido inmediato.		<input type="checkbox"/> Si
Doy permiso a mi médico o al representante de mi médico para que me deje un mensaje confidencial en el siguiente número de teléfono:		<input type="checkbox"/> Si
Doy permiso a mi médico y / o al representante de mi médico para discutir por atención médica con:	Nombre/ Relación:	Numero de teléfono:

Entiendo que según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA"), tengo cierto derecho a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Reconozco que he leído / recibido su aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene derecho a cambiar su aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento por escrito para obtener una copia actual del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También entiendo que la doctora no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, entonces está obligada a cumplir dichas restricciones.

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente (Escrito)

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente/Guardián

\_\_\_\_\_  
 Relación al paciente (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento

Sólo Para Uso de Oficina:

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement of this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so as documented below:

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Privacy Acknowledgement and General Consent

Reason: \_\_\_\_\_

Updated: May 29, 2020



**AUTORIZACIÓN DE REGISTROS**

Para \_\_\_\_/De \_\_\_\_

Kathryn Najafi-Tagol, MD  
Eye Institute of Marin

4000 Civic Center Dr #200A  
San Rafael, CA 94903

Ph: (415) 444-0300

Fax: (415) 444-0301

Para \_\_\_\_/De \_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ph: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para compartir la siguiente información de salud (marque todo lo que corresponda):

Fecha (s) de tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Toda la información médica

\_\_\_\_ Información médica relacionada con el siguiente tratamiento o condición:

---

La siguiente información no se compartirá a menos que se marque lo que corresponda:

\_\_\_\_ información relacionada al abuso de drogas y alcohol, diagnóstico o tratamiento

\_\_\_\_ información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de salud mental

\_\_\_\_ resultados de la prueba de VIH / SIDA

\_\_\_\_ información relacionada a las pruebas genéticas

Esta autorización tendrá vigencia y efecto hasta \_\_\_\_\_ (fecha o evento), momento en el cual expira esta autorización.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización a pedido.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones en los usos y divulgaciones de información de salud; sin embargo, Eye Institute of Marin / Dr. Najafi-Tagol, son los empleados, el personal y los agentes, en relación con la divulgación de la información establecida en relación con estos registros médicos.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente (Escrito)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Autorizado por Dra. Kathryn Najafi-Tagol



Kathryn Najafi-Tagol, MD  
4000 Civic Center Dr, Ste 200A  
San Rafael, CA 94903  
(415) 444-0300

**PATIENT FINANCIAL RESPONSIBILITY**

Thank you for choosing the Eye Institute of Marin for your medical needs. We are committed to providing you with the highest quality healthcare. We ask you to read and sign this form to acknowledge your understanding of our patient financial policies.

- The patient (or patient's guardian, if a minor) is ultimately responsible for payment of treatment and care.
- As a courtesy, we will bill your insurance for you. However, you are responsible for knowing your insurance coverage and to provide the most correct and updated information regarding insurance.
- Patients are responsible for the payment of copays, coinsurance, deductibles and all other procedures or treatment not covered by their insurance plan(s). Copays are due at the time of service
- Coinsurance, deductibles, and non-covered items are due 30 days from receipt of billing.
- Patients may incur and are responsible for payment of additional charges, if applicable. These charges may include a charge for returned checks \$25.00.
- Private pay patients are responsible for all examination/procedure charges incurred. Payment is required at the time of service.
- Refraction is the process of determining if there is a need for prescription glasses. It is an essential part of an eye examination and necessary in order to release a prescription. This is considered a non-covered procedure by most *medical* insurance companies. If this procedure is not covered, you will be responsible for a procedure fee of **\$95**. Fitting of contact lenses is also considered a non-covered procedure and you will be responsible for a fitting fee, which does not include the contact lenses themselves. The fee will vary depending on the type of contact lenses being fit.

**Patient Acknowledgement**

**By my signature below, I hereby authorize assignment of financial benefits directly to Eye Institute of Marin and any associated healthcare entities for services rendered as allowable under standard their party contracts. I understand I am financially responsible for charges not covered by this assignment.**

---

Signature of Responsible Party

Date

---

Interpreter

Date



Kathryn Najafi-Tagol, MD  
 4000 Civic Center Dr #200A  
 San Rafael, CA 94903  
 (415) 444-0300

**Consentimiento para obtener el historial de medicamentos**

El Eye Institute of Marin utiliza un sistema electrónico de registros médicos para garantizar la mejor calidad de atención posible para usted y su visión. Este sistema nos permite obtener y revisar su historial de medicamentos. Este historial de medicamentos es una lista de medicamentos recetados de nuestros médicos, así como de cualquier otro médico que pueda haberle recetado. **Obteniendo un historial de medicamentos actualizado y preciso es importante para que nuestros médicos brinden tratamientos efectivos y eviten interacciones potencialmente peligrosas entre los medicamentos recetados.**

Esta lista puede provenir de una variedad de fuentes, incluyendo su farmacia y su asegurador de atención médica. Aunque este historial de medicamentos es una guía útil para nuestros médicos, algunos medicamentos aún pueden faltar de la lista. Es posible que algunas farmacias no nos proporcionen el historial de medicamentos. Los medicamentos obtenidos sin usar un seguro médico no aparecerán en esta lista. Los medicamentos de venta libre, los suplementos y los medicamentos naturales o a base de hierbas también faltan en la lista. Es importante divulgar esta información con nuestro personal para ayudar a garantizar su seguridad y la mejor calidad de atención posible.

Al firmar este formulario de consentimiento, nos da permiso para recopilar su historial de medicamentos y para que su farmacia y plan de seguro de salud divulguen su información de recetas con nosotros. Eso incluye medicamentos recetados para tratar el VIH / SIDA y las condiciones de salud mental. Esto formará parte de su registro de salud con nuestra oficina.

Doy mi permiso para que el Eye Institute of Marin obtenga mi historial de medicamentos de mi farmacia, mis planes de seguro de salud y mis otros proveedores de atención médica.

---

Firma del Paciente/Guardián

Fecha de Nacimiento

**Información sobre gotas dilatantes**

Las gotas de dilatación se usan para dilatar o agrandar las pupilas del ojo y permitir que el oftalmólogo / oculista examine mejor las pequeñas estructuras dentro de los ojos.

Las gotas de dilatación frecuentemente causan la visión borrosa por un período de tiempo que varía de persona a persona y puede hacer que las luces brillantes sean molestas. Su médico no puede predecir cuánto se verá afectada su visión. Debido a que conducir puede ser difícil inmediatamente después de un examen, es mejor si hace los arreglos para no conducir usted mismo. Si no tiene gafas de sol, nuestro personal le puede dar un par desechable.

La reacción adversa, como el ataque de ángulo cerrado de glaucoma, puede desencadenarse por las gotas dilatantes. Esto es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata. Conociendo esta información, yo autorizo a la Dra. Najafi-Tagol, y / o a los asistentes que ella designe, a administrar gotas oculares dilatantes. Las gotas para los ojos son necesarias para diagnosticar mi condición médica.

---

Nombre del paciente (Escrito)

Fecha

---

Firma del paciente (o guardián)

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Eye Institute of Marin Kathryn Najafi-Tagol, M.D.  
 4000 Civic Center Dr. #200A San Rafael, CA 94903  
 Ph 415-444-0300 Fax 415-444-0301