



DERMATOLOGY
at The Eye Associates

Paul Stevenson, DO, FAOCD

John Swencki
President

Thank you for choosing The Eye Associates as your provider for Dermatology. We appreciate the opportunity to provide you with professional care.

Enclosed you will find a blank medications list that you will need to complete and bring with you to your appointment. When completing the medications list, please include all medications and vitamins, including any over-the-counter medications and drops.

In addition, please bring the following with you the day of your visit if applicable:

- Your insurance cards and photo ID
- Your current eyewear, including sunglasses and contact lenses.
- During your examination, you will likely be dilated. Please remember to bring your sunglasses and arrange for a driver if you feel it is necessary.

Please arrive 10-15 minutes prior to your appointment to allow us to gather additional data needed for our electronic medical records system.

Our office is located at 2101 61st Street West, Bradenton.

If you have any questions, please do not hesitate to give us a call at **941-794-3376** or toll free 1-866-865-2020.

ESPAÑOLA (vea el otro lado)

West Bradenton Office & Surgery Center
East Bradenton Office & The Optical Gallery
Ellenton Office & The Optical Gallery
Sarasota Office & The Optical Gallery
Venice Office & The Optical Gallery
Sun City Office & The Optical Gallery
Dermatology & Hearing Office

• 6002 Pointe West Blvd, Bradenton, FL 34209
• 6807 53rd Avenue East, Bradenton, FL 34203
• 7915 US Hwy 301 N, Suite #101, Ellenton, FL 34222
• 2111 Bee Ridge Road, Sarasota, FL 34239
• 250 South Tamiami Trail, #103, Venice FL 34285
• 3894 Sun City Center Blvd, Sun City Center, FL 33573
• 2101 61st St W, Bradenton, FL 34209

• 941-792-2020
• 941-758-1916
• 941-729-2020
• 941-923-2020
• 941-493-3763
• 813-634-2020
• 941-794-3376

www.Sight4Life.com

Toll Free: 1-866-865-2020



Gracias por elegir a The Eye Associates como su proveedor de Dermatología. Apreciamos la oportunidad de brindarle atención profesional.

Adjunta encontrará una lista en blanco para sus medicamentos. Complete la lista y tráigala a su cita. Al llenar la lista de medicamentos, por favor, incluya todos sus medicamentos y vitaminas, incluyendo cualquier medicamento y gotas de venta libre.

Además, el día de su cita debe traer lo siguiente, si corresponde:

- Sus tarjetas del seguro y una identificación con fotografía
- Sus anteojos actuales, incluyendo lentes de sol y lentes de contacto.
- Durante su examen, es probable que se le dilate la pupila. Recuerde traer sus lentes de sol y consiga un conductor si lo considera necesario.

Llegue de 10 a 15 minutos antes de su cita para que nos permita recopilar información adicional que se necesita para nuestro sistema electrónico de registros médicos.

Nuestra oficina está ubicada en 2101 61st Street West, Bradenton.

Si tiene preguntas, no dude en llamarnos al **941-794-3376** o sin costo al 1-866-865- 2020.

English (See other side)

West Bradenton Office & Surgery Center
East Bradenton Office & The Optical Gallery
Ellenton Office & The Optical Gallery
Sarasota Office & The Optical Gallery
Venice Office & The Optical Gallery
Sun City Office & The Optical Gallery
Dermatology & Hearing Office

• 6002 Pointe West Blvd, Bradenton, FL 34209
• 6807 53rd Avenue East, Bradenton, FL 34203
• 7915 US Hwy 301 N, Suite #101, Ellenton, FL 34222
• 2111 Bee Ridge Road, Sarasota, FL 34239
• 250 South Tamiami Trail, #103, Venice FL 34285
• 3894 Sun City Center Blvd, Sun City Center, FL 33573
• 2101 61st St W, Bradenton, FL 34209

• 941-792-2020
• 941-758-1916
• 941-729-2020
• 941-923-2020
• 941-493-3763
• 813-634-2020
• 941-794-3376

Patient Name

Date of Birth



The Eye Associates

941-792-2020 | Sight4Life.com

We want you to know that we value your privacy. Your personal information will be kept confidential and will never be sold to third parties. Your information will only be used for communications related to the services provided by The Eye Associates.

At The Eye Associates, we are always looking for ways to better serve you. For your convenience, we now utilize email, text, and phone communications for appointment reminders, eyewear ready notifications, and other communications related to the services provided by The Eye Associates.

If, at any time, you do not wish to receive email or text communications, you can opt out of these communications by following the instructions on the communication.

E-mail Address @ _____

Cell Phone Number

Print Name

Date

Patient Signature

For office use:

Entered into NextGen

Chart # _____

Initials _____

Paciente

Fecha de nacimiento



The Eye Associates
941-792-2020 | Sight4Life.com

Queremos que sepa que valoramos su privacidad. Su información personal se mantendrá confidencial y nunca la venderemos a proveedores externos. Su información se usará solo para comunicados relacionados con los servicios que proporciona The Eye Associates.

En The Eye Associates, siempre buscamos formas de servirle mejor. Para su conveniencia, ahora usamos correo electrónico, mensajes de texto y comunicaciones telefónicas para recordatorios de citas, notificaciones de anteojos listos y otros comunicados relacionados con los servicios que proporciona The Eye Associates.

Si, en cualquier momento, desea dejar de recibir correos electrónicos o mensajes de texto, puede cancelar estos comunicados si sigue las instrucciones que se incluyen en el comunicado.

Correo electrónico @ _____

Numero de celular

Imprimir su nombre

Fecha

Firme su nombre

<p><i>For office use:</i></p> <p>Entered into NextGen <input type="checkbox"/></p> <p>Chart # _____</p> <p>Initials _____</p>



The Eye Associates
941-792-2020 | Sight4Life.com

ACUSE DE RECIBO DEL RESUMEN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este Aviso de Privacidad es proporcionado como requisito de una ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Acepto que he recibido el Resumen de Prácticas de Privacidad. Nombre del

paciente

Fecha de nacimiento

No. de

historial médico

=====

¿Podemos divulgar información a otra persona que no sea usted (es decir, cónyuge, hijos, amigos, etc.)? **SÍ**

NO

(Por favor, Seleccione su respuesta)

Si es **SÍ**, mencione a cada persona:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

NO DIVULGAREMOS INFORMACIÓN A PERSONAS QUE NO ESTÉN EN LA LISTA ANTERIOR.

Firma del paciente o Representante personal

Nombre en letra de molde

Firma del testigo

Nombre del

testigo Fecha

English (See other side)

The Eye Associates' Lifetime Authorization

Patient's Name

Chart #

Date of Birth

Please read the following and initial the line beside each.

_____ To obtain a complete medical eye exam, The Eye Associates may want to dilate your eyes with drops. This is not injurious to the eye. Dilating the eyes may blur vision slightly for a few hours but is not dangerous. Driving a car or using heavy machinery during this period should be done with caution.

_____ I authorize The Eye Associates to treat the above-named person and agree to pay all fees and charges for such treatment.

_____ I understand that I will be personally responsible for charges on any services not covered by Medicare or other insurance, such as refractions, contact lenses fittings, etc.

Please read the following authorizations and sign the line below.

• **MEDICARE LIFETIME SIGNATURE AUTHORIZATION and CERTIFICATION FOR PAYMENT**

I certify that the information given by me in applying for payment under Title XVII of the Social Security Act is correct. I authorize any holder of medical or other information about me to release to the Social Security Administration or its intermediaries or carriers any information needed for this or a related Medicare claim. I request that the payment of authorized benefits be made on my behalf. I assign the benefits payable for physician services to the physician or the group medical practice, furnishing the services or authorize such physician or organization to submit a claim to Medicare for payment to me. I also request that this authorization apply to all other insurance.

• **OTHER INSURANCE AUTHORIZATION**

I request that payment of authorized benefits be made on my behalf to the physician or group medical practice for any services furnished to me by them. I authorize any holder of medical information about me to release to [see copy of card] any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related services.

This assignment will remain in effect until revoked by me in writing.

The undersigned certifies that (s)he has read the forgoing and is the patient or is duly authorized by the patient as the patient's general agent to execute the above and accept it's terms.

Signature of Patient or Personal Rep

Date

Signature of Witness

Printed Name of Witness

=====

Consent for Treatment of a Minor

I hereby authorize The Eye Associates to administer treatment as they so deem necessary to my son/daughter.

Signature of Parent or Guardian

Date

Printed Name of Parent or Guardian

Signature of Witness

Printed Name of Witness

Autorización Vitalicia de The Eye Associates

Nombre del paciente

No. de historial médico

Fecha de nacimiento

Lea lo siguiente y escriba sus iniciales en cada línea.

Es posible que The Eye Associates desee dilatarle sus pupilas con gotas para realizar un examen completo de la vista. Esto no es perjudicial para los ojos. Al dilatar su pupila puede ver ligeramente borroso por unas horas, pero no es peligroso. Puede conducir o usar maquinaria pesada con cuidado durante este período.

Autorizo a The Eye Associates para que atienda a la persona antes mencionada y acepto pagar todos los honorarios y cargos por dicho tratamiento.

Comprendo que seré personalmente responsable de los cargos de cualquier servicio que no esté cubierto por Medicare u otro seguro, como refracciones, accesorios para lentes de contacto, etc.

Lea las siguientes autorizaciones y firme en la línea de abajo.

• FIRMA DE AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN VITALICIA PARA MEDICARE

Certifico que es correcta la información que proporcioné en la solicitud de pago en virtud del Título XVII de la Ley del Seguro Social. Autorizo a todo propietario de mi información médica o de otra índole que divulgue a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios u operadores toda información necesaria para esta u otra reclamación de Medicare relacionada. Solicito que se haga en mi nombre el pago de los beneficios autorizados. Cedo los beneficios pagaderos por servicios de médicos al médico o consultorio médico del grupo que suministró los servicios o autorizo que dicho médico u organización envíe una solicitud a Medicare para que yo realice el pago. También solicito que esta autorización se aplique para el resto de los seguros.

• OTRA AUTORIZACIÓN DE SEGURO

Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre al médico o consultorio médico del grupo por todo servicio que me proporcionen. Autorizo a todo propietario de mi información médica que divulgue a [ver copia de la tarjeta] toda información necesaria para determinar estos beneficios u otros beneficios pagables por los servicios relacionados.

Esta autorización seguirá en vigor hasta que yo lo revoque por escrito.

El suscrito certifica que ha leído lo anterior y que es el paciente, o que está debidamente autorizado por el paciente como el agente general del paciente para cumplir lo anterior y aceptar los términos.

Firma del paciente o Representante personal

Fecha

Firma del testigo

Nombre del testigo en letra de molde

Consentimiento para el tratamiento de un menor

Por el presente autorizo a The Eye Associates para que le administre a mi hijo(a) el tratamiento como considere necesario.

Firma del padre o tutor

Fecha

Nombre del padre o tutor en letra de molde

Firma del testigo

Nombre del testigo en letra de molde

English (See other side)

SUMMARY OF PRIVACY PRACTICES FOR THE EYE ASSOCIATES

This summary of our privacy practices contains a condensed version of our Notice of Privacy Practices. For more information about these rights, please see the detailed Notice of Privacy Manual at Reception Desk.

Date of Last Revision 09/10/2013

Effective Date: Immediately

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

We are required by law to maintain the privacy of Personal Health Information. We are required to provide this Notice of Privacy Practices to you by the privacy regulations issued under the federal Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA").

How We May Use and Disclose Personal Health Information about You

- For medical treatment
- For Payment
- For Healthcare Operation
- For Treatment Alternatives
- For Health-related Benefits and Services
- Other Purposes For Which The Law Requires Us To Use Or Disclose Personal Health Medical Information Without Your Written Authorization

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the Practice or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint with the Practice, contact the Privacy Officer. All complaints must be submitted in writing. You will not be penalized for filing a complaint.

You Have Certain Rights Regarding The Information We Maintain About You

These rights include:

- Your Right to Request Restrictions on Certain Uses and Disclosures of Personal Health Information
- Your Right to Receive Confidential Communications of Personal Health Information
- Your Right to Inspect and to Copy Personal Health Information
- Your Right to Amend Personal Health Information We Maintain About You
- Your Right to Receive an Accounting of Our Disclosures of Your Personal Health Information
- Your Right to Receive a Paper Copy of This Notice
- Your Right to File a Complaint

Omnibus Final Rule

Final modifications to the HIPAA Privacy, Security, and Enforcement Rules mandated by the Health Information technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act, are as follows:

- You have the right to opt out of fundraising communications from TEA and TEA cannot sell your health information without your permission
- Certain uses of your medical data, such as use of patient information in marketing, require prior disclosure and your authorization. Uses and disclosures not described in this notice will be made only with your authorization.
- If you pay in cash in full (out of pocket) for your treatment, you can instruct TEA not to share information about your treatment with your health plan
- You have the right to be notified of a data breach

Due to government regulations, we will be unable to release your Private Health or Financial Information to anyone without your permission. If you want a family member, advisor, friend, etc. to be given your Private Health or Financial Information, you must provide their name and phone number to us in writing. When someone calls inquiring about your bill, examination or surgery and they are NOT on your list, we will be unable to release any information.

For further information about matters covered by this notice, you may contact the Privacy Officer at 941-259-0903.

RESUMEN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA THE EYE ASSOCIATES (TEA)

Este resumen de nuestras prácticas de privacidad incluye una versión abreviada de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el manual detallado del Aviso de privacidad en Recepción.

Fecha de la última revisión 09/10/2013

Fecha efectiva: Inmediata

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA CON CUIDADO.

La ley nos exige que se mantenga la privacidad de la Información de salud personal. Se nos pide que le proporcionemos este Aviso de prácticas de privacidad por medio de los reglamentos de privacidad emitidos en vigor de la Ley de 1996 de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico ("HIPAA").

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud personal

- Para un tratamiento médico
- Para un pago
- Para operaciones de atención médica
- Para alternativas de tratamiento
- Para beneficios y servicios relacionados con la salud
- Otros fines para los que la ley nos exige que usemos o divulguemos información médica de salud personal sin su autorización por escrito

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en el consultorio o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en el consultorio, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad. Todas las quejas se deben enviar por escrito. No se le penalizará por presentar una queja.

Usted tiene ciertos derechos con respecto a la información que tenemos suya

Estos derechos incluyen:

- Su derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud personal
- Su derecho de recibir comunicaciones confidenciales de información de salud personal
- Su derecho de inspeccionar o copiar información de salud personal
- Su derecho de modificar información de salud personal que conservamos sobre usted
- Su derecho de recibir una explicación de nuestras divulgaciones sobre la información de su salud personal
- Su derecho de recibir una copia de este aviso
- Su derecho de presentar una queja

Regla final de recopilación

Las modificaciones finales a las reglas de privacidad, seguridad y cumplimiento ordenadas por la Ley de Tecnología de la Información de Salud Clínica y Económica (HITECH) son de la siguiente manera:

- Usted tiene el derecho de cancelar las comunicaciones de recaudación de fondos de TEA y TEA no puede vender su información de salud sin su permiso
- Ciertos usos de sus datos médicos, como uso de la información del paciente en marketing, exigen una divulgación previa y su autorización. Los usos y divulgaciones no descritos en este aviso solo se harán con su autorización.
- Si paga el total de su tratamiento en efectivo (de su bolsillo), puede pedirle a TEA que no comparta información sobre su tratamiento con su plan de salud
- Usted tiene el derecho de recibir notificación si hay alguna violación de los datos

De acuerdo con los reglamentos gubernamentales, no podemos divulgar su información de salud o financiera privada a nadie sin su permiso. Si desea que se le divulgue su información de salud o financiera personal a un familiar, asesor, amigo, etc., debe proporcionarnos el nombre y el teléfono por escrito. Cuando alguien llama preguntando acerca de su factura, exámenes o cirugía y NO están en la lista, no podremos divulgar ninguna información.

Para obtener más información sobre cuestiones cubiertas por este aviso, puede ponerse en contacto con el Responsable de la privacidad en el 941-259-0903.

English (See other side)

Dermatology at The Eye Associates

Name _____ DOB _____ Acct# _____ Date _____

Primary Care Physician _____ City/State _____ Phone # _____

Emergency Contact _____ Relationship _____ Phone # _____

Last skin exam with _____

Do you **currently** have any problems in the following areas?
If YES, please provide additional information below

SOCIAL HISTORY:

Current Occupation _____

Marital Status single married widowed

Education: high school vocational college

Do you use tobacco? No Yes How long? _____

Cigarettes Yes No Cigars Yes No

Pipe Yes No Frequency _____

Chewing Yes No Snuff Yes No

Frequency _____

PLEASE LIST MEDICATIONS ON
PAGE 2

List any **allergies** to medications:
(*prescription and/or over the counter*)

FAMILY HISTORY OF: If yes list relative

Melanoma No Yes _____

Have you had any skinsurgery or been diagnosed with
any skin disease? No Yes Provide information:

Do you require antibiotics prior to surgery or dental
work? Yes No

When exposed to sun, do you Tan Burn & Tan
 Burn?

Are you allergic to Latex? Yes No

List any **surgeries** you have had (heart surgery,etc.)

	YES	NO
High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (year diagnosed _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Major Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kidney Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liver Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleeding Tendencies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Breathing Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologic Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatoid Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A, B, or C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitral Valve Prolapse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Females Are you pregnant? Nursing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Details _____

PHARMACY INFO

Name _____

Phone # _____

Address _____

Mail order _____

For Office Use Only

Date updated _____ Init. _____

Date updated _____ Init. _____

Date updated _____ Init. _____