



Ophthalmologists

Gilbert Vanderveen, MD
Kenyon Kendall, DO
Scott Weber, MD
David Barrett, MD
Thomas Cowden, MD
Yosef Gindzin, MD
Robert Roosenberg, MD
Mark Sheldon, MD
Laura Piippo, MD
Marcus Muallem, MD
Michael Boyle, MD
Larry Gerbens, MD*
Gerard vanWesep, MD*
Paul VanPortfliet, MD*

Optometrists

Thomas Dunning, OD
Gerard Choryan, OD
Jay Crank, OD
Philip VanderLugt, OD
Charlene Hamilton, OD
Gregory Patera, OD
David Den Braber, OD
Monica Fenton, OD
Rachel Hollenbeck, OD
Sonia Kalia, OD

Orthoptist

Patti T. Lacy, CO/COT

*Emeritus

East Beltline

750 East Beltline, N.E.
Grand Rapids, MI 49525
616.949.2600
(f) 616.949.1670

Walker

3300 Walker View Dr.
Walker, MI 49544
616.949.2600
(f) 616.588.6516

Grandville

4475 Wilson, S.W.
Grandville, MI 49418
616.949.2600
(f) 616.588.6547

68th Street

Spectrum South
80 68th St., S.E.
Grand Rapids, MI 49548
616.949.2600
(f) 616.588.6519

Ionia

537 W. Main Street
Ionia, MI 48846
616.527.1640
(f) 616.527.3756

Holland

Lakeshore Medical Campus
3235 N. Wellness Dr.
Holland, MI 49424
616.994.0477
(f) 616.994.0105

Greenville

112 S. Clay
Greenville, MI 48838
616.754.5667
(f) 616.588.6517

¡Bienvenido a Grand Rapids Ophthalmology! Este paquete fue preparado para dar respuestas a sus preguntas y proveerle información que le será de beneficio.

Por favor llene y lleve a su cita inicial los formularios, Información del Paciente e Historia Médica, junto con las otras cosas mencionadas en la lista de verificación.

Reconocemos que su tiempo es muy valioso y al completar estos formularios podrás ahorrar tiempo en la oficina.

También, le recordamos que por favor traiga su tarjeta de seguro para cada cita. Para su ventaja, adjunto encontrará una lista de programas de seguro.

Durante un examen completo de visión, hay que dilatar los ojos y se mantendrán dilatados aproximadamente 3 horas. Durante ese tiempo, le será difícil ver de cerca. Después de este examen, recomendamos el uso de lentes de sol.

Hemos incluido un folleto de bienvenida a Grand Rapids Ophthalmology que usted pueda revisar. Si necesita ayuda o si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude en preguntarle a cualquier miembro de nuestro personal.

Atentamente,

Los Doctores y Personal de Grand Rapids Ophthalmology

Ophthalmologists

Gilbert Vanderveen, MD
Kenyon Kendall, DO
Scott Weber, MD
David Barrett, MD
Thomas Cowden, MD
Yosef Gindzin, MD
Robert Roosenberg, MD
Mark Sheldon, MD
Laura Piippo, MD
Marcus Muallem, MD
Michael Boyle, MD
Larry Gerbens, MD*
Gerard vanWesep, MD*
Paul VanPortfliet, MD*

Optometrists

Thomas Dunning, OD
Gerard Choryan, OD
Jay Crank, OD
Philip VanderLugt, OD
Charlene Hamilton, OD
Gregory Patera, OD
David Den Braber, OD
Monica Fenton, OD
Rachel Hollenbeck, OD
Sonia Kalia, OD

Orthoptist

Patti T. Lacy, CO/COT

*Emeritus

East Beltline

750 East Beltline, N.E.
Grand Rapids, MI 49525
616.949.2600
(f) 616.949.1670

Walker

3300 Walker View Dr.
Walker, MI 49544
616.949.2600
(f) 616.588.6516

Grandville

4475 Wilson, S.W.
Grandville, MI 49418
616.949.2600
(f) 616.588.6547

68th Street

Spectrum South
80 68th St., S.E.
Grand Rapids, MI 49548
616.949.2600
(f) 616.588.6519

Ionia

537 W. Main Street
Ionia, MI 48846
616.527.1640
(f) 616.527.3756

Holland

Lakeshore Medical Campus
3235 N. Wellness Dr.
Holland, MI 49424
616.994.0477
(f) 616.994.0105

Greenville

112 S. Clay
Greenville, MI 48838
616.754.5667
(f) 616.588.6517

Por favor traiga lo siguiente a su cita:

- ❑ Su porción del gasto.
- ❑ El co-pago (su porción de pago) del seguro, si aplicable.
- ❑ Todas las tarjetas de su plan de seguro médico y de vista.
- ❑ El formulario de su Historial Médica completada y firmada.
- ❑ El formulario de Información del Paciente completada y firmada.
- ❑ Lista completa de medicamentos que el paciente esté tomando.
- ❑ Si el plan de seguro indica que usted necesita que su Médico de Cabecera le refiera a nuestra oficina, por favor recuerde que todas las citas necesitan aprobación de antemano.
- ❑ Si el paciente es menor, el padre o guardián tendrá que estar presente para la visita inicial. Para las siguientes citas, se podrá llenar una renuncia.

Ophthalmologists

Gilbert Vanderveen, MD
Kenyon Kendall, DO
Scott Weber, MD
David Barrett, MD
Thomas Cowden, MD
Yosef Gindzin, MD
Robert Roosenberg, MD
Mark Sheldon, MD
Laura Piippo, MD
Marcus Mualllem, MD
Michael Boyle, MD
Larry Gerbens, MD*
Gerard vanWesep, MD*
Paul VanPortfliet, MD*

Optometrists

Thomas Dunning, OD
Gerard Choryan, OD
Jay Crank, OD
Philip VanderLugt, OD
Charlene Hamilton, OD
Gregory Patera, OD
David Den Braber, OD
Monica Fenton, OD
Rachel Hollenbeck, OD
Sonia Kalia, OD

Orthoptist

Patti T. Lacy, CO/COT

*Emeritus

East Beltline

750 East Beltline, N.E.
Grand Rapids, MI 49525
616.949.2600
(f) 616.949.1670

Walker

3300 Walker View Dr.
Walker, MI 49544
616.949.2600
(f) 616.588.6516

Grandville

4475 Wilson, S.W.
Grandville, MI 49418
616.949.2600
(f) 616.588.6547

68th Street

Spectrum South
80 68th St., S.E.
Grand Rapids, MI 49548
616.949.2600
(f) 616.588.6519

Ionia

537 W. Main Street
Ionia, MI 48846
616.527.1640
(f) 616.527.3756

Holland

Lakeshore Medical Campus
3235 N. Wellness Dr.
Holland, MI 49424
616.994.0477
(f) 616.994.0105

Greenville

112 S. Clay
Greenville, MI 48838
616.754.5667
(f) 616.588.6517

Programas de Seguros

Grand Rapids Ophthalmology está orgulloso de anunciarles acerca de nuestra participación con los siguientes programas de seguros *. Si su programa no está anotado abajo, por favor contacte a nuestra oficina ya que los programas se actualizan constantemente.

Adult Benefit Waiver Program	Medicaid-Straight
Advanta Freedom	Medicare
Aetna	Medicare Complete
Aetna Medicare	Medicare Plus Blue
ASR/Physician Care	Medicare-Railroad
BCBS FEP of Michigan	Molina Health Care of Michigan/March Vision
BCBS of Michigan	Molina Advantage
BCBS Vision of Michigan	Molina Medicare Options
Beech Street Network	Multi-Plan/WPPN
BCN Advantage	OptumHealth Vision
Blue Care Network	Physicians Health Plan
Blue Choice	PPOM
Care Source	PHP Mid Michigan – Family Care
Children’s Special Health Care Services	Preferred Care/USA Care
Choice Care	Preferred Choices
Cigna	Principal Health
Cofinity (PPOM)	Priority Health
County Health Plan	Priority Health Medicaid
Coventry	Priority Health Medicare
Delta Vision	Private Health Care System-PHCS
Ethix Great Lakes	ProAmerica
EyeMed/Eye Care Plan of America	Pyramid Medicare Advantage
Fidelis Secure Care	Secure Horizons Direct Pacific Care
First Health	Select Care
Grand Valley Health Plan	Spectera
Great West	Tricare
Healthmarkets Care Assured	Unicare Security Choice
Health Plan of Michigan	United Health Care
Heritage Optical	United Healthcare Vision
Humana Gold Choice	Universal Healthcare
IBA Health Care	Valley Advantage
McLaren Health Plan HMO, POS, PPO	Vision Service Plan-VSP
McLaren Health Advantage	Wellcare Advantage
McLaren Health Plan Medicaid	Worker’s Compensation
MEBS	

1. Grand Rapids Ophthalmology participa con Medicare, por lo tanto, enviamos la factura directamente a Medicare para cubrir los servicios recibidos. Su plan de seguro médico pagará de acuerdo con las condiciones de su plan. Cualquier co-pago (porción de pago que le corresponde), deducible o exclusión son aplicables.
2. Muchos planes de seguros no cubren el costo de la refracción. Es posible que usted sea responsable por el pago de este examen.
3. Muchos planes requieren que su Médico de Cabecera le refiera a nuestra oficina para cubrir los gastos de los servicios recibidos.
4. Por favor asegúrese de conocer bien, cual es su plan de seguro, en caso contrario Usted puede formular todo tipo de preguntas llamando directamente a su Plan de Seguro Medico.
5. Si tiene preguntas por favor llámenos al 616.949.2600 o al 800.968.2600 que gustosamente lo atenderemos.

*Los planes con los que trabajamos están sujetos a cambios sin previo aviso.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Número de Seguro Social	Sexo M F	Edad
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Numero de Teléfono ()	Numero de Teléfono Celular ()	
Numero de Teléfono del Trabajo ()	Correo Electrónico	
Médico que le refirió a nuestra oficina	MD	DO OD
Médico de cabecera	MD	DO OD
¿Como supo acerca de nosotros?		

PLAN DE SEGURO DE VISIÓN

ASEGURADO

Elija los que sean aplicables:

<input type="checkbox"/> EYE MED	<input type="checkbox"/> DELTA VISION	<input type="checkbox"/> SPECTERA
<input type="checkbox"/> BCBS Visión	<input type="checkbox"/> VSP	<input type="checkbox"/> Otro _____

Nombre del Asegurado	Relación al Paciente
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Dirección del Asegurado	Sexo M F
Número de Teléfono ()	Ciudad
Trabajo	Estado
Dirección de su Trabajo/Empleador	Código Postal
	Número de Teléfono Celular ()
	Número de Teléfono de su Empleador ()
	Ciudad
	Estado
	Código Postal

PLAN DE SEGURO MÉDICO

ASEGURADO

Elija el que corresponda:

<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Suplementaria _____	<input type="checkbox"/> Medicaid _____
<input type="checkbox"/> BCBS	<input type="checkbox"/> Blue Care Network	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> PPOM/Cofinity	<input type="checkbox"/> Priority Health
<input type="checkbox"/> United Health Care	<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Pagado por Usted

Nombre del Asegurado	Relación con el paciente
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Dirección del Asegurado	Sexo M F
Número de Teléfono ()	Ciudad
Trabajo	Estado
Dirección de centro de Trabajo	Código
	Número de Teléfono Celular ()
	Número de Teléfono de su Empleador ()
	Ciudad
	Estado
	Código

POR FAVOR LLENE EL OTRO LADO

PLAN DE SEGURO MÉDICO SECUNDARIO**ASEGURADO**

Elige los que son aplicables:

<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Suplementaria _____	<input type="checkbox"/> Medicaid _____
<input type="checkbox"/> BCBS	<input type="checkbox"/> Blue Care Network	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> PPOM/Cofinity	<input type="checkbox"/> Priority Health
<input type="checkbox"/> United Health Care	<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Pagado por Usted

Nombre del Asegurado	Relación al Paciente		
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo	M F
Dirección del Asegurado	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono ()	Número de Teléfono Celular ()		
Trabajo/Empleador	Número de Teléfono de su Empleador ()		
Dirección de su Empleador	Ciudad	Estado	Código Postal

COMPENSACIÓN PARA EL EMPLEADO (Llenar si Aplicable)

Fecha del accidente	Autorización de un Miembro del Personal		
Nombre del Empresa	Número de Teléfono de la Empresa ()		
Dirección del Empresa			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de Reclamo			

PERSONA A QUIEN PODEMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre	Relación al Paciente		
Número de Teléfono ()	Número de Teléfono Celular ()		
Número de Teléfono del Trabajo ()			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	

Autorizo la entrega de información a mi compañía de seguro y que los gastos incurridos sean pagados directamente a Grand Rapids Ophthalmology.

Firma _____ (si aplicable)

Fecha _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad
Ocupación	Color de Ojos	Sexo M F
Médico de cabecera		
Médico que lo refirió a nuestra oficina		MD DO OD
¿Lo refirió otro Oculista?	Si No	
Si su respuesta es si, por favor indica su nombre:		MD DO OD
Si desea recibir nuestro Boletín GRO gratis, por favor anote su correo electrónico:		

HISTORIA OCULAR

Último examen ocular	Último par de espejuelos
Historia de trauma ocular	
Historia de cirugía ocular	

HISTORIA MÉDICA- PASADO Y PRESENTE

Alergia a medicamentos

Alergias ambientales

Medicamentos que toma actualmente

Medicamentos para el ojo

Cirugías previas

CONDICIONES MÉDICAS

Personal

Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratorio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Músculo/Hueso/Coyuntura
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sanguíneo/Desorden Sanguíneo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con el Abdomen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre/Pérdida de Peso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genital/Urinario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden del Sistema Nervioso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden Sicológico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oído/Nariz/Boca/Garganta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se encuentra Embarazada?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (Por favor explique)

Personal

Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bizco/Ojo Vago (Ambliopía)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desprendimiento de Retina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degeneración Macular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ceguera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Cardiacos

Historia Familiar

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia Social

Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcohol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistencia en el Hogar

• Si usted contestó "sí" a cualquiera de estas preguntas, por favor de proveer los detalles al llenar el otro lado de este formulario.

FAVOR DE COMPLETAR EL OTRO LADO

CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACION)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR SU HISTORIA MÉDICA

En ocasiones algunas personas, en particular miembros de su familia, llaman para pedir información sobre los resultados de su examen. Para que legalmente podamos divulgar esa información medica a ellos, sus nombres tienen que estar anotados en la parte de debajo de este formato. Al anotar sus nombres (nombre) usted nos autoriza a divulgar los detalles de su examen. Solamente proporcionaremos esta información a las personas anotadas abajo.

Nombre _____ Número Telefónico () _____

Nombre _____ Número Telefónico () _____

Nombre _____ Número Telefónico () _____

Nombre _____ Número Telefónico () _____

Grand Rapids Ophthalmology participa con la mayoría de los planes de Seguro de VISIÓN y los planes de Seguro MÉDICO.

- Los planes de Seguro de VISIÓN cubre exámenes específicos que tratan sobre su vista con espejuelos y/o lentes de contacto.
- Los planes de Seguro MÉDICO cubre problemas de salud que afectan sus ojos.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

