

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

¿QUEIN LO REFIRIO A HOUSTON EYE ASSOCIATES?

Doctor Optometrista Paciente

Otro

La referencia fue de: (Por favor de anotar el nombre y dirección de la persona que lo refirió para agradecerle)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre*

Primer Nombre

Segundo Nombre (opcional)

Apellido

Dirección*

Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono de Casa

Teléfono Del Trabajo

Teléfono Celular

Fecha de Nacimiento*

_____/_____/_____
Mes/Día/Año

Sexo

Masculino

Femenino

Estado Civil

Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Empleador

Dirección Del Trabajo

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono (Trabajo)

Doctor de Familia

Dirección

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono

Correo Electrónico

¿En un futuro, podemos comunicarnos confidencialmente con usted a través de este correo electrónico?

Si No

INFORMACION DE PADRES/GUARDIAN (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

Nombre del Padre/guardián

Dirección

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono de Casa

Teléfono del Trabajo

Teléfono Celular

Fecha de Nacimiento*

____ / ____ / _____

Mes/Día/Año

Relación con el paciente

Hijo(a)

Otro:

Otro Padre/Guardian familiar:

Nombre

Segundo Nombre (Opcional)

Apellido

Teléfono de Casa

Teléfono del Trabajo

Teléfono Celular

Empleador

PERSONA RESPONSABLE (si es diferente a la información anterior)

Persona de Contacto

Nombre

Segundo Nombre (Opcional)

Apellido

Dirección

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Nombre Del Trabajo/Compañía/Agencia

Número de Teléfono

Aviso De las Políticas y de los Procedimientos de Pago

POLITICA DE PAGO: Es costumbre pagar por los servicios profesionales cuando se le han prestado. Para su conveniencia aceptamos las principales tarjetas de crédito, cheques o dinero en efectivo.

SEGURO: Favor de leer y firmar abajo si usted tiene seguro médico con: Medicare, Medicaid, HMO/PPO/POS o del Estado o Compensación del trabajador, y si su médico es proveedor del seguro médico. Presente su tarjeta del seguro junto con su referencia/autorización como sea requerida al recepcionista/secretario(a).

ACUERDO INFORMATIVO DE BENEFICIOS ASIGNADOS MEDICOS / QUIRURGICOS Y DIVULGACION DE BENEFICIOS: Solicito el pago de mis beneficios médicos autorizados que se hagan por los cargos por mí a Houston Eye Associates por cualquier procedimiento medico / quirúrgico no pagado realizados ahora o en el futuro. También autorizo a Houston Eye Associates a liberar información médica a mi compañía(s) de seguro médico o agencia, ahora o en el futuro, para propósitos de consideración de reclamos. Entiendo que los pagos por servicios prestados son ultimadamente mi responsabilidad.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: El llenar un reclamo por cualquier servicio prestado NO GARANTIZA PAGO por su plan médico. Usted es el responsable financiero por estos servicios. También, el tener más de un plan médico NO quiere decir necesariamente que todos sus servicios van a ser cubiertos al 100%. Seguros secundarios pagan una fracción según su plan médico. Nosotros le cobramos a su plan secundario como cortesía. Usted es responsable por cualquier balance luego de que sus planes hayan pagado.

DECRETOS DEL DIVORCIO: Esta oficina no es parte de su decreto de divorcio. Pacientes adultos son responsables de su pago al momento del servicio. La responsabilidad por un menor descansa sobre el adulto que le acompaña.

PACIENTES DE MENOR DE EDAD: Para menores no acompañados, los tratamientos que no sean de emergencia se le negaran a menos que los cargos se hayan preautorizado en una tarjeta de crédito, o que los pagos en efectivo o por cheque se hayan verificado.

EXAMEN DEL OJO: Estoy de acuerdo con y entiendo que mi(s) ojo(s) deben de ser dilatados para que el doctor pueda examinar la retina del ojo a fondo. Estoy de acuerdo con y entiendo que mi ojo tenga que ser parchado como parte de mi tratamiento por mi condición. Entiendo que, si mis pupilas están dilatadas o si mi ojo es parchado luego del examen, pueda que no pueda manejar un vehículo de motor y de que el personal y doctores de Houston Eye Associates sugieran que yo evalué mi necesidad en buscar una alternativa a mi trasportación y que la decisión es solamente mía, por ende, no voy a mantener Houston Eye Associates como responsable.

POLITICA DE CANCELACION DE CITAS Y "NO SHOW": Nosotros entendemos la necesidad de cancelar o reprogramar su cita en ocasiones. Por favor de cancelar su cita con al menos 24 horas de anticipación, si es posible. Esto permitirá que veamos a otros pacientes que requieran una cita. Si usted no cancela su cita, esto se registrará como "No Show" y se le hará un cargo de \$45. Si usted tiene una cita programada para una cirugía y no cancela su cita con 24 horas de anticipo y no se presenta para su cirugía, esto se registrará como "No Show" y se le hará un cargo de \$200.

El contenido de este documento seguirá en efecto al menos de que sea revocado por mí.

Nombre del Paciente:

Nombre del Testigo:

Firma del paciente:

Firma del Testigo:

Firma del representante del paciente:

Relación del representante con el paciente:

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

HISTORIAL MEDICO: Favor de contestar las siguientes preguntas (Seleccione SI o NO)

1. ¿Ha tenido alguna enfermedad de los ojos? (ej. Glaucoma, cataratas, desprendimiento de la retina, ojo vago, etc.)

Si No

Favor de explicar:

2. ¿Ha tenido alguna cirugía de los ojos? (Incluyendo inyecciones y tratamientos de laser)

Si No

Por favor de indicar el nombre y la fecha de la cirugía:

3. ¿Ha sido tratado por alguna condición médica? (ej. Diabetes, presión arterial alta, artritis, infecciones, etc.)

Si No

Favor de explicar:

4. ¿Ha tenido alguna otra cirugía?

Si No

Por favor de indicar el nombre y la fecha de la cirugía:

5. ¿Ha sido hospitalizado(a) alguna vez?

Si

No

Favor de indicar la fecha y razón por la cual fue hospitalizado(a):

6. ¿Toma algún medicamento para los ojos?

Si

No

Favor de anotar el nombre del medicamento y la dosis de cada uno:

7. ¿Toma algún otro tipo de medicamento?

Si

No

Favor de anotar el nombre y la dosis del medicamento:

8. ¿Es alérgico(a) a algún medicamento o algún alimento?

Si

No

Favor de explicar:

HISTORIAL FAMILIAR

¿Existe alguna enfermedad medica o de los ojos en su familia? (ej. Diabetes, presión arterial alta, cáncer, glaucoma, degeneración macular, etc.)

Si

No

Favor de explicar:

HISTORIAL SOCIAL

¿Usted fuma?

Si

No

¿Cuanto?

¿Toma alcohol?

Si

No

¿Si toma, cuánto?

¿Cuál es su ocupación?

REPASO DE SISTEMAS

¿Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas? (Seleccione Si o No)

1. Fiebre crónica inesperada, Perdida / aumento de peso, cansancio, sudoración excesiva en la noche?

Si No

Favor de explicar:

2. ¿Problemas en la piel? (ej. Erupciones, resequedad excesiva, etc.)

Si No

Favor de explicar:

3. Problemas del oído/nariz/garganta? (ej. Perdida de la audición, sinusitis, dolor de garganta, etc.)

Si No

Favor de explicar:

4. ¿Problemas respiratorios? (ej. Falta de aire, silbido en el pecho, tos, etc.)

Si No

Favor de explicar:

5. ¿Problemas del corazón? (ej. Dolor de pecho, latidos irregulares del corazón, etc.)

Si No

Favor de explicar:

6. ¿Problemas gastrointestinales? (ej. Acidez, dolor abdominal, diarrea, vomito)

Si No

Favor de explicar:

7. ¿Problemas Urinarios? (ej. Dolor o incomodidad, sangre en la orina)

Si No

Favor de explicar:

8. Toma el medicamento Flomax?

Si No

9. ¿Problemas Musculares? (ej. Dolores musculares, dolor o inflamación en las coyunturas, etc.)

Si No

Favor de explicar:

10. ¿Problemas Neurológicos? (ej. Insensibilidad, debilidad, dolores de cabeza, mareos, etc.)

Si No

Favor de explicar:

11. ¿Problemas Sanguinos o relacionados a los nódulos linfáticos? (ej. Sangrado, moretones con facilidad)

Si No

Favor de explicar:

12. ¿Problemas Psicológicos? (ej. Depresión, ansiedad, etc.)

Si

No

Favor de explicar:

13. ¿Algún otro problema? Favor de explicar:

Yo, el paciente, verifico que la información anotada esta completa y precisa.

Firma del paciente:

POLITICA DE REFRACTION

La "Refracción" es el proceso de determinar el aumento para anteojos para corregir la vista. Aunque la refracción es parte del examen de los ojos, desafortunadamente NO LA CUMBRE MEDICARE ni la mayoría de las otras aseguranzas. El costo regular de este servicio es \$98.00 dólares. Pero esta oficina le dará un descuento para la refracción y será solamente \$59.00 dólares aparte de su copago de seguro.

Yo he leído la póliza sobre la REFRACCION y acepto en total la responsabilidad por el costo de este servicio.

POLITICA DE LOS LENTES DE CONTACTO

La receta para lentes que usted recibe de Houston Eye Associates NO es una receta para lentes de contacto. Un ajustador de lentes de contacto calificado debe ajustar los lentes de contacto. Nuestro Departamento Óptico u otro de su preferencia debe ajustar los lentes de contacto. Este servicio, sin embargo, tiene un costo separado, el cual varia significativamente según el tipo de lente de contacto que sea mas apropiado para usted, si le han ajustado antes, y otros factores individuales. Después de finalizar el ajuste de sus lentes de contacto y una vez que haya pagado por ese servicio, usted recibirá una copia de la especificación de sus lentes de contacto.

He leído y comprendo las políticas anteriores de refracción y de lentes de contacto.

Firma del paciente o guardián:

AVISO DE PRACTICAS DE LA PRIVACIDAD

- ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE.** Este Aviso se divide en dos partes: Esta parte es un resumen de cómo se puede utilizar y divulgar la información médica protegida.
- Como podemos usar o divulgar su información médica.** Se nos permite usar y divulgar su información medica a los involucrados en su tratamiento para facturar y cobrar el pago de los servicios que le proporcionamos, para propósitos administrativos, y para evaluar la calidad del cuidado recibido. Por ejemplo, su información medica puede ser divulgada con otros proveedores que lo hayan referido. La información puede ser comunicada por escrito, por correo, por correo electrónico, fax o por cualquier otro método. Cualquier otro uso o divulgación se hará solo con su autorización por escrito y usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento.
- Sus Derechos.** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a recibir una copia de su información medica que mantenemos sobre usted. Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso y la divulgación de su información para llevar a cabo tratamiento, pago, operaciones de atención medica o comunicaciones con familiares o amigos. Si requiere copias, esto está sujeto a un costo. Usted también tiene el derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de su información medica hecho por nosotros. Si por alguna razón, usted siente que su información esta incorrecta o incompleta, usted tiene el derecho a que modifiquemos su información médica mientras mantengamos dicha información.
- Nuestro deber legal.** Nuestra facultad esta dedicada a mantener la privacidad y seguridad de su información médica según lo exige la ley. Por ley, este aviso es requerido al igual que sigamos las prácticas de privacidad escritas en este aviso, junto con su reconocimiento de recepción de este Aviso. Nuestras pólizas pueden cambiar en cualquier momento. Antes de cualquier cambio significativo a nuestras pólizas, nosotros cambiaremos este Aviso. Este Aviso de Practicas de Privacidad esta disponible en la recepción de nuestras ubicaciones al igual que en nuestra página web. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras políticas de privacidad, por favor de contactar nuestro oficial de privacidad.
- Quejas sobre la privacidad.** Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados o si está en desacuerdo con alguna decisión hecha referente al acceso a su información médica, usted puede ponerse en contacto con nuestro oficial de privacidad. Puede mandar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nuestro oficial de privacidad puede comunicarle la dirección.

Si tiene alguna pregunta o queja, favor de contactar: Houston Eye Associates, Oficial de Privacidad, 2855 Gramercy Street, Houston, Texas 77025. Teléfono: (713) 558-8755.

Reconocimiento de recepción del Aviso resumido de prácticas de privacidad: Favor de firmar e imprimir su nombre y proporcionar la fecha a continuación para confirmar que ha recibido el Aviso de Practicas de Privacidad.

Firma:

Nombre:

Fecha:
