

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre de Paciente (Primero y Apellido):		Fecha De Nacimiento:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Desconocido	Identidad De Género (opcional):	
Numero de Seguro Social.:		

INFORMACION DE CONTACTO

Numero de Celular:	Numero de teléfono:	Numero de trabajo:
Correo Electrónico		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Método de Contacto (por favor seleccione uno) <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Numero del Trabajo <input type="checkbox"/> Correo Electronico		
Podemos dejar un mensaje detallado?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No correo electronico <input type="checkbox"/> No mensajes de texto		
En Caso de Emergencia:	Relación:	Teléfono:

FARMACIA

Nombre:	Teléfono:	Codigo Postal:
---------	-----------	----------------

MÉDICO REFERENTE

Nombre:	Teléfono:	Codigo Postal:
---------	-----------	----------------

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre:	Ciudad:	Teléfono:
---------	---------	-----------

INFORMACION DEL SEGURO

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO SECUNDARIO

Por favor de traer su tarjeta (s) de seguro a su cita y entreguesela a la recepcionista.

Nombre de compania de seguro:	Nombre de compania de seguro:
Nombre del suscriptor:	Nombre del suscriptor:
Fecha de nacimiento del suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:
Numero de póliza:	Numero de póliza:
Numero de grupo:	Numero de grupo:

CUESTIONARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Paciente (Primer nombre y apellido)

Fecha de Nacimiento:

Que síntomas o quejas tiene sobre su visión (Por favor sea específico, incluya las fechas si es necesario)?

Haz una lista de todas las enfermedades, lesiones o cirugías importantes (incluso en los ojos) que ha tenido en el pasado:

Haz una lista de todos los medicamentos (incluyendo cualquier medicamento para los ojos) que usted toma:

Podemos solicitarle esta información a la farmacia? Si No

Si no, por favor enumere todos los medicamentos que toma actualmente:

Haz una lista de todos los medicamentos (incluyendo medicamento para la alergia):

Tiene actualmente algún problema con las siguientes áreas?

Tegumento (piel)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Neurológicos
Oídos, Nariz, Boca, Garganta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Ganglios Linfáticos
Respiratorio (Pulmones)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Hematoyetico (Sangre)
Cardiovascular (Corazón)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Alergias Inmunológicas
Aparato Digestivo (Estomago)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Genitourinarias
Huesos, Articulaciones, Músculos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Usted toma alcohol?
Esta tomando anticoagulantes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Fuma?
Si respondió si, cuales? _____			<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Cree que ha expuesto al VIH?

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Nombre de Paciente (Primer nombre y apellido):

Fecha de Nacimiento:

ASSIGNACION DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros a pagar el producto de cualquier beneficio debido directamente a Retina y vítreo de Texas, PLLC. Una copia de esta autorización puede ser considerada como un original para propósitos de seguro.

PACIENTES MENORES DE EDAD

Los pacientes menores deben ir acompañados por un padre, un familiar adulto autorizado o un tutor legal para todas las citas. Además, la responsabilidad financiera de un paciente menor de edad es responsabilidad del adulto acompañante a menos que se hayan hecho arreglos previos con esta oficina.

EXAMEN OCULAR

Estoy de acuerdo y entiendo que mis ojos deben ser dilatados para que el médico realice un examen exhaustivo. Estoy de acuerdo y entiendo que mi ojo puede necesitar ser parchado como parte del tratamiento de mi condición.

Entiendo que si mis pupilas están dilatadas o mi ojo se parchea después del examen, es posible que no pueda operar con seguridad un vehículo de motor y que el personal y los médicos de Retina and Vitreous of Texas, PLLC sugiere que evalúo mi necesidad de transporte alternativo, Y la decisión es exclusivamente mía, y Retina and Vitreous of Texas, PLLC no es de ninguna manera responsable de esa decisión.

POLÍTICA FINANCIERA

Una versión más detallada de esta política financiera está disponible aquí. A continuación se presenta un resumen de su responsabilidad financiera.

Como cortesía a usted, nuestro paciente, Retina y vítreo de Texas, PLLC facturará directamente a su seguro por los servicios prestados. Cualquier cantidad que su seguro clasifique como responsabilidad del paciente será facturada a usted. Para los procedimientos y tratamientos programados, el pago de los servicios se debe en su totalidad en el momento del servicio. Haremos todo lo posible para crear una estimación precisa de su responsabilidad financiera antes de proporcionar estos servicios. Si tiene preguntas sobre su responsabilidad financiera estimada, llame a nuestro departamento de facturación para obtener ayuda.

El pago completo del saldo de una cuenta debe abonarse antes de su próxima visita. Nuestro personal de facturación está disponible para ayudarle con preguntas sobre su saldo. Si su cuenta ha vencido, tomaremos todas las medidas necesarias para cobrar la deuda adeudada, incluida la posible remisión a una agencia de cobro que pueda afectar su registro de crédito.

POLÍTICA DE PAGO POR CUENTA PROPIA: Entendemos que es posible que no tenga seguro para su visita. Requerimos un depósito de \$250 en el momento del servicio. Esto se aplicará a los cargos reales por su visita. Si los cargos por su visita exceden los \$250, el saldo restante se le facturará. En el total de gastos de la visita menos de \$250, la diferencia será reembolsada a usted dentro de 10 días hábiles.

Para su comodidad, aceptamos dinero en efectivo, cheques, todas las tarjetas de crédito principales, y ofrecemos un portal de pago en línea seguro. No se aceptan cheques posteriores a la fecha. Se le aplicará un cargo por cheque de devolución de \$25,00 si su banco le devuelve su cheque.

Firma del Paciente / Guardián

Fecha

Nombre de Paciente (Primer Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento:
---	----------------------

AVISO DE PRATICAS PRIVACIDAD

- ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y DUFUNDIDA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO DE ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.**
- Otros usos y divulgaciones requieren su autorizacion.** Podriamos usar o divulgar su informacion medica sin su permiso sobre, su tratamiento, el reporte financiero, operaciones sobre su atencion medica, esfuerzos de el orden publico. Si esta de acuerdo, Podemos usar su informacion para apoyar las actividades cotidianas y gestion de Retina and Vitreous of Texas, PLLC
- Sus derechos.:** En muchos casos, usted tiene el derecho de revisar o pedir una copia de su informacion de salud protegida. Si solicita una copia, podemos cobrarle el costo de las copias. Usted tambien tiene el derecho de recibir comunicaciones cofidenciales sobre su condicion medica y tratamiento y recibir una contabilidad de como y a quien ha divulgado su informacion medica protegida. Si usted cree que su informacion de salud protegida esta incorrecta usted tiene el derecho de solicitar la informacion que esta incorrecta o/e agregar culaquier informacion que falte. En adiccion, le pedimos que limitemos divulgacion de familia, otros parientes o amigos personales. El uso y revelacion de informacion confidencial. El uso y la relvelacion de su informacion protegida de la salud es una violacion con los estandares de privacidad federales.
- Aplicacion de la ley:** Estamos requerido por ley proteger su informacion de salud protegida, ofecerle ests aviso acerca de nuestras obligaciones legales y practicas , obedecer las practicas de privacidad que estan descriitas en este aviso, y solicitar su reconocimiento de la recepci3n de este aviso. Podemos actualizar esta politica de privacidad a cualquier momento. Antes de implementar un cambio importante, actualizaremos nuestro aviso. El aviso estar4 disponible en todas las oficinas de Retina y Vitreous of Texas, PLLC y en nuestro sitio web. Tambi3n puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener m4s informaci3n sobre nuestras pol4ticas de privacidad, p3ngase en contacto con nuestro oficial de privacidad.
- Quejas de privacidad:** Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, nuestras pol4ticas de privacidad, o si no est4 de acuerdo con una decisi3n que tomamos sobre el acceso a su informaci3n de salud, puede ponerse en contacto con nuestro Oficial de Privacidad. Puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Nuestro Oficial de Privacidad puede proporcionarle la direcci3n apropiada a petici3n.

Si tiene alguna pregunta o queja, comun4quese con: Retina and Vitreous of Texas, PLLC, Oficial de Privacidad, 2727 Gramercy St., Suite 200, Houston, TX 77025. Numero de Telefono: (713) 799-9975.

PERSONA(S) ADICIONAL(S) PODEMOS DISCUTIR SU INFORMACI3N DE SALUD CON

Nombre:	Relacion:	Numero de Telefono:
Nombre:	Relacion:	Numero de Telefono:

NO permitio que Retina y Vitreous of Texas, PLLC compartan informaci3n relacionada con enfermedades de transmisi3n sexual, servicios de salud mental o servicios de salud mental que puedan estar incluidos en mi expediente m3dico

Mi firma a continuaci3n reconoce que he recibido este Aviso de Pr4cticas de Privacidad.

Firma del Paciente / Guardi4n

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI)

Nombre del Paciente (Primer nombre y apellido):		Fecha de Nacimiento:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Celular:	Numero de Telefono de su casa:	
Correo Electrónico:		

AUTORIZO A LA SIGUIENTE PERSONA/ORGANIZACIONES A DIVULGAR INFORMACION DE LA SALUD PROTEGIDA DE LOS PACIENTES ANTERIORES PARA TRATAMIENTO/CONTINUAR ATENCION MEDICA.

Nombre de Paciente / Organizaciones:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Numero de Telefono	Numero de Fax:	

POR FAVOR DE MANDAR LA INFORMACION A:

RETINA AND VITREOUS OF TEXAS, PLLC
 ATTN: MEDICAL RECORDS
 6565 WEST LOOP SOUTH, SUITE 400
 BELLAIRE, TX 77401
 PHONE: (713) 799 – 9975
 FAX: (713) 799-1095

POR FAVOR DE EXCLUIR LA INFORMACION SIGUIENTE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historial de Drogas, Alcohol, o Abuso de Sustancias | <input type="checkbox"/> Historial de la Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos/Resultados de Examen de HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Información Genética (Incluidos los resultados de las pruebas genéticas) |

SI NO ESTA SEGURO DE COMO COMPLETAR ESTA SECCIÓN, POR FAVOR DE DEJAR EL ESPACIO BLANCO. FIRME ABAJO EN LA LINEA POR SI EN CASO NECESITAMOS SOLICITAR REGISTROS MÉDICOS DE SU PARTE.

_____|_____

Firma del Paciente / Guardián Fecha

 Letras de Molde del Paciente / Guardián