



EYE CENTERS
O F T E X A S

FORMULARIO MÉDICO

(por favor complete toda la información)

APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ INICIAL _____
NOMBRE DE ESPOSO(A) /PADRES _____
TELÉFONO CELULAR _____ TELÉFONO SECUNDARIO _____
DIRECCIÓN DE CASA _____ APT # _____
CIUDAD Y ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO M [] F [] # DE SEGURO SOCIAL _____
CORREO ELECTRÓNICO _____ Optometrista actual _____
Nombre/Dirección/Teléfono de la farmacia _____
Médico Familiar (PCP) _____ Referido por _____

PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____
Dirección _____
Número de teléfono _____
Relación con el paciente _____

INFORMACIÓN PRINCIPAL DE SEGURO

Nombre de la persona asegurada _____
Relación del paciente a la persona asegurada ____ sí mismo(a) ____ esposo(a) ____ hijo(a) ____ Padres
DE SEGURO SOCIAL _____ Fecha de nacimiento _____
Empleador de la persona asegurada _____
Nombre del Plan de Seguro _____
Número de Identificación del Seguro _____ Número de Grupo _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la persona asegurada _____
Relación del paciente a la persona asegurada ____ sí mismo(a) ____ esposo(a) ____ hijo(a) ____ Padres
DE SEGURO SOCIAL _____ Fecha de nacimiento _____
Empleador de la persona asegurada _____
Nombre del Plan de Seguro _____
Número de Identificación del Seguro _____ Número de Grupo _____

Llenar los datos de su seguro no es garantía de pago, si el pago no se recibe, usted, como paciente, será finalmente responsable por todos los servicios no pagados.

AL FIRMAR ESTA FORMA, RECONOZCO LO ANTERIOR Y COMPRENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD PROPORCIONAR AL MÉDICO TODA LA INFORMACIÓN DE SEGUROS ES CORRECTO. SI EL RECLAMO ES NEGADO POR CUALQUIER RAZÓN, YO SERÉ FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR MI VISITA AL CONSULTORIO.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FORMULARIO MÉDICO

Página 2

(Por favor complete toda la información)

HISTORIAL MÉDICO	SÍ	NO	ALERGIAS A MEDICAMENTOS _____
ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	[]	[]	_____
DIABETES	[]	[]	_____
GLAUCOMA	[]	[]	_____
PRESIÓN ALTA	[]	[]	_____
CIRUGÍAS	[]	[]	_____
TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	[]	[]	_____

OTRO _____

ENLISTE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE ESTÉ TOMANDO

FIRMA DEL PACIENTE X _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS:

Tiene actualmente cualquiera de los siguientes problemas:	SÍ	NO	EXPLIQUE
Fiebre crónica, pérdida o aumento de peso, sudores nocturnos	[]	[]	_____
Problemas de oído/nariz/garganta (ej. sordera, sinusitis o dolor en la garganta)	[]	[]	_____
Problemas respiratorios (ej. falta de aire, sibilancias, tos)	[]	[]	_____
Problemas del corazón (ej. presión o incomodidad en el pecho, latido del corazón irregular)	[]	[]	_____
Problemas gastrointestinales (ej. constipación, acidez, dolor abdominal, diarrea, vomito)	[]	[]	_____
Problemas urinarios (ej. dolor o incomodidad, sangre en la orina)	[]	[]	_____
Problemas neurológicos (ej. mareos, entumecimiento, debilidad, dolores de cabeza)	[]	[]	_____
Cambios emocionales	[]	[]	_____
Problemas de la piel (ej. erupciones, resequedad excesiva)	[]	[]	_____
Problemas en los músculos (ej. dolor en los músculos, dolor en las articulaciones, articulaciones inflamadas)	[]	[]	_____
Moretones y sangrado fácil	[]	[]	_____
Alergias ambientales o alergias a alimentos	[]	[]	_____

HISTORIAL FAMILIAR Y SOCIAL

¿Hay alguna enfermedad médica en su familia? (ej. diabetes, presión alta, cáncer, corazón, accidente cerebrovascular, etc.) Sí [] NO [] Si la respuesta es sí, explique _____

¿Fuma? Sí [] NO [] ¿Cuánto? _____ ¿Bebe alcohol? Sí [] NO [] ¿Cuánto? _____

Si tiene empleo, ¿cuántas horas trabaja por semana? _____ Ocupación _____

POLÍTICA DE REFRACCIÓN

(por favor complete toda la información)

Una refracción es una parte esencial de un examen de la vista y es necesaria para escribir una receta para anteojos. NO es un servicio cubierto por Medicare o la mayoría de los planes de seguro. Estos planes consideran una refracción como un servicio de "visión" y no como un servicio "médico".

Nuestra tarifa de oficina para una refracción es \$ 47.00; esta tarifa se cobra en el momento del servicio además de cualquier copago que su plan pueda requerir. No presentamos el cargo de la refracción con ningún plan de seguro. Si está seguro de que su seguro le reembolsará, nos complace proporcionar recibos y documentación para que pueda enviar esta tarifa a su compañía de seguros para su reembolso.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

(Por favor complete toda la información)

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida sobre usted. El Aviso contiene una sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos según la ley. Tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Las carpetas blancas que contienen nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad están ubicadas en las áreas de espera y en el mostrador de facturación para su revisión. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener un copia revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que la información de salud protegida sobre usted se usa o divulga para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, honraremos ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta que usemos y divulguemos información de salud protegida sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene el derecho de revocar este consentimiento, mediante un escrito firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho en base a su consentimiento previo. La práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

El paciente comprende que:

- La información de salud protegida se puede divulgar o utilizar para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.
- El consultorio tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este Aviso.
- El consultorio se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero el consultorio no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente puede revocar este Consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.
- El consultorio puede condicionar el tratamiento a la ejecución de este Consentimiento.
- El paciente otorga el acceso a KE Eye Centers of Texas para acceder electrónicamente a su historial de medicamentos.

Este consentimiento fue firmado por _____

Nombre impreso – Paciente o Representante

Relación con el paciente (si no es el paciente) _____

Fecha _____

Debido a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), la siguiente información debe ser completada por cada paciente de forma anual.

Autorizo a KE Eye Centers of Texas a divulgar mi información médica o de seguro según sea necesario para procesar mis reclamos médicos y coordinar o administrar mi atención médica.

En el caso de que un miembro de la familia o cuidador asista a mi visita al consultorio y se encuentre en la sala de exámenes al momento de mi evaluación y/o tratamiento, le doy al Dr. Kleiman, al Dr. Evangelista, al Dr. Fraiser, al Dr. Ramsey, al Dr. Hines, al Dr. Stephens y sus miembros del personal mi permiso para discutir libremente mi condición, tratamiento o diagnóstico con esa persona. **SÍ / NO**

TELÉFONO DE CASA _____ ¿Podemos dejar un mensaje? **SÍ / NO**

TELÉFONO CELULAR _____ ¿Podemos dejar un mensaje? **SÍ / NO**

¿PODEMOS DECIR SU NOMBRE EN VOZ ALTA EN NUESTRO LOBBY? **SÍ / NO**

¿CON QUIÉN PODEMOS DISCUTIR ASUNTOS FINANCIEROS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO?

TELÉFONO: _____

FIRMA: _____

(PACIENTE O REPRESENTANTE)

Gracias por elegir KE Eye Centers of Texas para sus necesidades de cuidado de la vista. Nos esforzamos constantemente para mejorar la eficiencia y la calidad de su atención. Debido a los numerosos cambios en la industria de seguros, hemos cambiado nuestras políticas de seguro. Las nuevas políticas son necesarias para que trabajemos de manera efectiva y, en última instancia, mejoraremos su atención.

[] Traer todas las tarjetas de los seguros activos actualmente a cada cita programada.

[] Si se va a presentar ante el seguro médico, por favor contacte a su aseguradora para verificar sus beneficios médicos y de visión.

[] Los planes **HMO** requerirán una referencia. **USTED** debe contactar a su médico primario **ANTES** de su visita para obtener su referencia. Llame a nuestro consultorio para verificar que la referencia haya sido recibida.

[] **TODOS** los copago y honorarios serán cobrados al momento del servicio.

Si no tiene **TODOS** los ítems enlistados arriba al momento de su visita, tendrá las siguientes opciones:

- Reprogramar su visita.
- Pagar por los servicios prestados al momento de recibir el servicio.