



Terry Perkins, MD ▪ Paul Wuthrich, MD ▪ William Riggs, MD ▪ Joseph Allison, OD ▪ Kyle Varvel, MD

Información del paciente:

Nombre del paciente: _____

Numero de seguro: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo M/F

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de día: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Estado civil: S / C / V / D

Ethnicidad: hispano no hispano Idioma preferido: _____

Raza: Indio Americano o nativo de Alaska negro o americano africano

Asiático blanco

Nativo de Hawai o las islas del pacífico

Estudiante: tiempo completo medio tiempo Fumador: Sí No Veterano: Sí No

Empleador: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Farmaica: _____ Localización: _____

Referido por: paciente _____ médico de referencia: _____

Televisión Radio TexAgs sitio web TREC

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Asegurado (Tenedor de la póliza) Información de la persona responsable:

****llene si es diferente a la información del paciente de arriba****

Nombre: _____

Numero de seguro: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo M/F

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de día: _____ Celular: _____

Relación al paciente: _____

FIRMA DEL PACIENTE / GUARDIÁN

FECHA

REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZADO

RELACIÓN



Formulario de seguro

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Es este un examen de refracción de **rutina** o exam **medico** de los ojos?

Cobertura de vision de rutina (refracción): Su seguro de vision es para ofrecerle una evaluación basica de los ojos y solo para actualizar la receta de sus lentes. Si su medico descubre un problema medico durante un examen de rutina, el le infomará del problema medico y le aconsejará que vuelva para un examen medico.

Cobertura de examen medico de la vista: Si usted tiene una condición del ojo, tales como, pera no limitado a: cataratas, degeneración macular, glaucoma, ojos secos, problemas de cornea, este examen será facturado a su seguro medico.

Responsabilidades del paciente: Muchas compañia de seguros no pagan por un examen ocular de rutina. Muchas planes de seguro privados sí pagan por los exámenes anuales de la vista. Es su responsabilidad de verificar con su compañia de seguros la cobertura adecuada y hacernos saber antes de su examen de la vista. Por favor, comprenda que la cobertura de seguros de cada paciente varía y Texas Regional Eye Center no es responsable de determinar su cobertura antes de su examen.

- Estoy aquí para: (círcule uno) **Refracción de Rutina** **Examen Médico**
- ¿ Está experimentando problemas de los ojos o tiene alguna enfermedad ocular conocida? _____
- _____
- _____

Información de seguro: (Favor de presentar su tarjeta de seguro a la recepcionista para que haga una copia)

- Seguro Primario: _____ Nombre del asegurado: _____
- Seguro Secundario: _____ Nombre del asegurado: _____
- Seguro Tecero: _____ Nombre del asegurado: _____
- Seguro de la vista: _____ Nombre del asegurado: _____

Firma del paciente / Guardian

Fecha



3811 Sagebriar.Dr • Bryan, TX 77802
Teléfono (979) 774-0498 • Fax (979) 774-7673
www.texasregionaleye.com

Política financiera

Todos los servicios realizados son la obligación financiera del paciente o partido responsable. **El pago para los servicios se debe antes de que se vaya de la clínica.** Usted es responsable del pago de cualquier servicio “no cubierto”, por ejemplo **refracciones**, “servicios cubiertos” que se niegan, los co-pagos, y los deductibles. Las compañías de seguros pueden negar el pago por los cargos sometidos para una variedad de razones. Seguro cancelados, o los servicios que no resuelven la definición de los portadores de “medicamente necesario”, o los “servicios excluidos” son algunos ejemplos. Es su responsabilidad saber los términos y la cobertura de su régimen de seguros específico. Las políticas especiales de la facturación se aplicarán a los pacientes siguientes:

Seguro de enfermedad (Medicare)

Aceptamos Medicare. Se esperará que pague su deducible y 20 por ciento si solamente tiene Medicare. Si usted tiene un seguro secundario, entonces les mandamos la cobranza a ellos. Pero nos tiene que dar una copia de su seguro secundario.

Medicaid

Nosotros si aceptamos pacientes con Medicaid. Nosotros somos proveedores de Medicaid tradicional, QMB, y MQMB. Si su cobertura esta activa, nosotros vamos archivar su reclamo.

Cuidado de HMO/PPO/Managed care

Nuestros médicos están de acuerdo ser parte de la especialidad para muchos de los planes de HMO/PPO. Es la responsabilidad del paciente que se asegure que su doctor este actualmente inscrito en su plan. Es importante que usted consulte con su compañía de seguros antes de su visita para determinarse si cubren los servicios.

Números de la remisión

Si usted pertenece a un plan, a un HMO, o a Point of service contract, usted tiene una obligación de que nosotros tengamos un número de la remisión. Estas reglas se indican en el libro de información del plan de salud. Este número de la remisión se debe obtener de su médico primario del cuidado (PCP) antes de su visita. Si su refendo no ha sido completado antes de su llegada a enla oficina puede demorar en ser visto por el medico y la posible reprogramación de la cita. Estás obligado por su compañía de seguros para pagar el copago en el momento de su visita.

Costo a su cargo: El pago completo es obligatorio el dia del servicio.

Declaraciones: Para su equilibrio de la cuenta se envían el 1^{er} y 15 de cada mes.

Cheques regresados: Habrá un cobranza de servicio de \$30.00 para los cheques regresados.

Reembolsos: Después de a ver mandado las cobranzas a su seguro y le debemos dinero entonces se le va a dar un cheque.

Tarifa de colección: Para cualquier cuenta entregadas q colecciones, una tarifa de 33% adicional se sumarán a las existentes balance para cubrir el costo cargado por la agencia de colección para cobrar el saldo.

Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheque, VISA, Mastercard, y Discover.

Por favor presente su tarjeta del seguro junto con cualquiera referencias necesarias/autorización a la recepcionista

Medicare/ Seguro medico: Yo como paciente entiendo que debe de ser los pagos a TEXAS REGIONAL EYE CENTER. Y la parte que no cubra el seguro entonces yo soy responsable se la cobranza.

Yo he leído este documento y entiendo las condiciones y voy a verificarlo con mi firma.

Nombre del paciente (molde)

Fecha

Firma del paciente o Representante

1. Política de la refracción:

La refracción es el proceso de determinar el error refractivo del ojo, o necesidad de lentes y, o de lentes de contacto. Es una parte esencial de un examen del ojo, pero **NO** es un servicio cubierto por el seguro medico o la mayoría de seguros. Nuestro costo de la oficina para la refracción es \$35.00 y este costo se cobra después de la cita.

Reconocimiento:

He leído la información y entiendo que la refracción es un servicio no cubierto. Acepto la responsabilidad financiera completa del costo de este servicio. El co-pago es parte de y no incluido en el costo de la refracción.

2. Política del lente de contacto:

TODOS los pacientes que usan lentes de contacto se les puede cobrar el servicio si el doctor cambia la receta.

Los costos pueden ser \$35, \$75, o \$150, depende en el tipo de lentes de contacto que usted usa. Esto será recogido **en adición** a cualquier co-pago o los deducibles en el final de su visita.

- NO DESEO** los lentes de contacto.
- DESEO** los lentes de contacto.

3. Política de corrección de la visión con láser:

Corrección de la visión con láser es un procedimiento quirúrgico moderno que ha ayudado a millones de personas ver mejor. LASIK cambia permanentemente la forma de la córnea para corregir la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo. LASIK no corrige la condición conocida como presbicia (pérdida de enfoque automático) que ocurre alrededor de los 40 años en la mayoría de las personas. Para prepararse para la corrección de la visión con láser, se llevará a cabo un examen completo con exámenes especiales. El examen completo tarda 1-2 horas e incluye:

- *Examen completo dilatado *Mapa corneal *Medidas Wavescan
- *Medidas de la córnea *Una recata de lentes si usted no es un candidato

Me gustaría recibir más información sobre corrección de láser

- para mí
- para un familiar o amigo

**** He leído y entendido las políticas mencionadas anteriormente ****

Firma del paciente / Guardian

Fecha

Nombre del paciente (molde)

History Summary

Nombre del paciente: _____

Usa lentes Sí No

Usa lentes de contacto Sí No

Alergias: No tengo alergias conocidas

Alergia

Reacción

<i>Alergia</i>	<i>Reacción</i>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Todos los medicamentos: No hay medicamentos en este momento

(incluyendo recetadas, vitaminas, hierbas, ó sin receta)

Medicamento

Dosis

Descripción

<i>Medicamento</i>	<i>Dosis</i>	<i>Descripción</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Enfermedades del ojo: No tengo enfermedades de los ojos.

Enfermedad

Ojo

¿Cuándo?

Paciente teiene ojo prótesis: Ojo derecho Ojo izquierdo

Procedimiento Quirúrgico

Ojo

¿Cuándo?

<i>Enfermedad</i>	<i>Ojo</i>	<i>¿Cuándo?</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

<i>Procedimiento Quirúrgico</i>	<i>Ojo</i>	<i>¿Cuándo?</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Antecedentes médico:

Ejemple: (alta presion, diabetes, etc.)

Enfermedad

Año Diagnosticado

Procedimiento quirúrgico

Año

Resultado

<i>Enfermedad</i>	<i>Año Diagnosticado</i>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

<i>Procedimiento quirúrgico</i>	<i>Año</i>	<i>Resultado</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Antecedentes familiares médicos:

Antecedentes familiares sin interés Adoptado

Relación

Diagnosticado

<i>Relación</i>	<i>Diagnosticado</i>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historia Social:

¿Fuma? Sí No Anteriormente

Cantidad _____ Años _____

Bebe alcohol? Sí No Anteriormente

Cantidad _____ Frecuencia _____

Cafeína? Sí No

Cantidad por día _____

Drogas recreativas? Sí No

Anteriormente

Mujeres: Marque las Casillas que le correspondan

Embarazada

Amamantar

Nombre: _____

Revisión de los Sistemas

Marque las casillas que le correspondan

Constitucional	No	Sí
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____		

Oídos, Nariz, Garganta	No	Sí
Exoftalmos (ojos saltones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulto en el cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congestión nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus (zumbido en los oídos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vértigo (mareo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____		

Respiratorio	No	Sí
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea (falta de aliento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea de esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemoptisis (tos con sangre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____		

Cardiovascular	No	Sí
Arritmia (ritmo cardíaco irregular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de la pantorrilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latido del corazón/ palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taquicardia (cardíaco rápido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____		

Gastrointestinal	No	Sí
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heces negras y alquitranadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución del apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	No	Sí
Disfagia (dificultad para tragar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolerancia a los alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____		

Genitourinario	No	Sí
Disuria (dolor al orinar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematuria (sangre en la orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciclo menstrual irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción uretral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____		

Metabólica/Endocrino	No	Sí
Intolerancia al frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolerancia a lo caliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polidipsia (sed excesiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polifagia (hambre excesiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliuria (excesiva de orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____		

Neurológico	No	Sí
Perturbación de equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debilidad focal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entumecimiento de las extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____		

Psiquiátrico	No	Sí
Deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Euforia (emoción)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesadillas frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____		

Integumentario	No	Sí
Distribución anormal del pelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronchas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picazón en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios en las uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salpullido/erupción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nódulos cutáneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llagas en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____		

Musculoesquelético	No	Sí
Artralgias (dolor en las articulaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno (dificultad para caminar solo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regidez en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calambres musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____		

Hematológica/Linfática	No	Sí
Sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moretones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linfadenopatía (Ganglios linfáticos inflamados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad de los ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____		

Inmunológica	No	Sí
Alergias ambientales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a los alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias estacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____		



Notice of Privacy Practices

1. **ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.**
2. **Como podemos usar su información médica.** Utilizamos la información sobre su salud para tratamiento, para recibir el pago por el tratamiento, a efectos administrativos y para evaluar la calidad de la atención que usted recibe. Por ejemplo, su información de salud puede ser compartida con otros proveedores a los que se hace referencia. La información puede ser compartida por papel, correo, correo electrónico, fax o otros métodos. Podemos usar o divulgar su información médica sin su autorización por varias razones. Si usted firma una autorización para revelar información, después podrá revocar a detener cualesquiera otras divulgaciones.
3. **Sus derechos.** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de ver o obtener una copia de la información médica que tenemos que utilizar para tomar decisiones sobre usted. Usted puede solicitar que limitemos divulgación a miembros de la familia, otros familiares, cuidadores o amigos personales cercanos que pueden o no estar involucrados en su cuidado. Si usted solicita copias, podemos cobrarle una tarifa basada en costos. Usted también tiene el derecho de solicitar una lista de ciertos tipos de divulgaciones de su información que hemos hecho. Si usted cree que su información médica es incorrecta o falta de información, usted tiene el derecho de solicitar que se corrija la información existente o agregar la información que falta.
4. **Nuestro deber legal.** Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información de salud, proporcionamos este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, las prácticas de privacidad que se describen en este aviso, y buscar su entendimiento de esta notificación. Podemos cambiar nuestras políticas de privacidad en cualquier momento. Antes de que hagamos un cambio significativo en nuestras políticas, cambiaremos nuestro aviso. Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras políticas de privacidad, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad.
5. **Quejas de privacidad.** Si usted está preocupado que hemos violado sus derechos de privacidad, nuestra reglamento de privacidad, o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a la información sobre su salud, usted puede contactar a nuestro oficial de privacidad. Usted puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nuestro Oficial de Privacidad puede dar la dirección adecuada bajo petición.

Si usted tiene alguna pregunta o queja, por favor póngase en contacto con: Texas Regional Eye Center, Oficial de Privacidad, 3811 Sagebriar Drive, Bryan, Texas 77802. Numero de teléfono: (979) 774-0498 Numero de fax: (979) 774-7673.

Reconozco que he recibido el aviso de prácticas de privacidad: por favor, firme, imprimir su nombre y fecha y nombra alguien autorizado a tener acceso a sus registros médicos o cobrunzas.

Firma de paciente

Fecha

Nombre del Representante Personal