

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Casa: _____ # Trabajo: _____ # Celular: _____

Correo Electrónico: _____ # Seguro Social: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

Raza: Afro-americano Pacífico Asiático Caucásico Hispánico Americano Nativo Otro: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección Empleador: _____

Nombre Contacto para Emergencias: _____ # Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Liste todas las alergias a medicaciones /látex/adhesivos: _____

Nombre de farmacia	Localidad	# Teléfono

Nombre médico atención primaria	Dirección	# Teléfono	# Facsimilar

Fecha Último Examen de Ojos _____ Nombre de Proveedor Anterior de Atención Oftalmológica _____

Diabetes/Año de Diagnóstico _____ Insulina Medicación Oral _____ Control por Dieta

Glaucoma Problemas Pulmonares Problemas Hemorragia Problemas Cardíacos Problemas Est/Int

Problemas Renales Problemas hígado VIH Positivo Usa Plaquenil Uso prolongado de Esteroides

Usa Tabaco Usa Alcohol Otros Problemas Médicos Graves _____

Motivo de su visita de hoy:

Evaluación Cataratas Examen Ocular de Rutina Cirugía para reducir dependencia de anteojos/lentes cont

Otro: _____

¿COMO LO REFIRIRERON A NOSOTROS

Amigo/Familiar/Conocido, Nombre: _____

¿Fue referido por un médico? Nombre: _____

Especialidad	Dirección	Ciudad, Estado, CP	# Teléfono
<input type="checkbox"/> TV, Canal _____	<input type="checkbox"/> Radio, estación _____	<input type="checkbox"/> Revista _____	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Periódico

Otro: _____

POR FAVOR CONTINÚE Y COMPLETE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO

INFORMACIÓN SEGURO DE SALUD PRIMARIO

Empresa Seguro _____

Dirección _____

ID _____ Grupo _____

Abonado _____ FN _____

Seguro Social _____

Empleador _____ Teléfono _____

Relación con Paciente: Paciente Cónyuge Progenitor**INFORMACIÓN SEGURO DE SALUD SECUNDARIO**

Empresa Seguro _____

Dirección _____

ID_ _____ G rupo _____

Abonado _____ FN _____

Seguro Social _____

Empleador _____ Teléfono _____

Relación con paciente: Paciente Cónyuge Progenitor**Atención Pacientes Medicare**

Los pacientes Medicare son responsables por su deducible y el copago del 20% que Medicare no cubre. Si ya ha cubierto alguna porción de su deducible anual de \$162, por favor traiga una copia de su EOMB Medicare (Explicación de los Beneficios) que indica cuánto ha cubierto. También podrá ser responsable por un cargo de refracción de \$40 que normalmente no cubren Medicare ni otros seguros.

Atención Todos los Pacientes**Es pagadero en el momento del servicio.****Método de Pago:** Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito: MC/Visa/AMEX/Discover

Entiendo que soy responsable por mi factura en caso de que el seguro rechace mi reclamación. Solicito que el pago de beneficios autorizados se realice en mi nombre a Key-Whitman Eye Center y a KeyWhitman Surgery Center por todo servicio que me fuera brindado. Solicito también que los beneficios complementarios del seguro presentados en mi nombre se paguen según lo indicado. Autorizo que se realicen pagos directos de las empresas de seguros a mis médicos, y la institución ASC y autorizo el acceso a la información adquirida en el transcurso de mi examen o tratamiento a esas empresas de seguro. Autorizo que el poseedor de información médica referente a mi persona revele toda información necesaria a las empresas de seguro y sus agentes para determinar esos beneficios pagaderos por los servicios brindados. Autorizo que se revelen mis registros médicos a mi médico de atención primaria.

He recibido la oportunidad de leer el "Aviso de Privacidad de Información del Paciente" para el Key-Whitman Eye Center y el Key-Whitman Surgery Center.

Firma _____ Fecha _____

Aviso sobre Reclamos

Los reclamos sobre médicos como sobre otros titulares de licencias y registrados de la Texas State Board of Medical Examiners, incluyendo médicos asistentes y acupunturistas, deberán ser informados para su investigación en las siguientes direcciones: Texas State Board of Medical Examiners, Atención: Investigaciones, 1812 Centre Creek Dr., Suite 300, C.C 149134, Austin, TX 78714-9134, 1-800-201-9353.

Los reclamos acerca del Key-Whitman Surgery Center podrán presentarse ante el Department of State Health Services Facility Licensing Group, 1100 West 49th St., Austin, TX 78756, 1-888-973-0022.

¡Gracias por elegir a Key-Whitman Eye Center y Key-Whitman Surgery Center hoy!