



DALLAS EYE CONSULTANTS

Oren Fass, MD
Ian Gutierrez, OD
Waziha Samin, OD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

POR FAVOR IMPRIMA

Nombre _____ Inicial Medio _____ Apellido _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento ____/____/____ #SS ____-____-____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa (_____) _____ Celular (_____) _____ Trabajo (_____) _____

Correo Electrónico _____ @ _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Idioma Preferido: Inglés Español

Origen étnico: Hispano / Latino No Hispano / Latino

Raza: Afro-Americano / Negro Indio Americano / Esquimal / Aleuto

Asiático o Isleño del Pacífico Caucásico o Blanco Otro

Razón de Visita: Evaluación de Catarata Examen Diabético Dilatado Examen de Glaucoma Otro

Contacto de Emergencia _____ Relación _____ Teléfono (_____) _____

Médico Referente _____ Teléfono (_____) _____

Médico Primario / de Cabecera _____ Teléfono (_____) _____

Farmacia Local: Wal-Mart CVS Walgreens Albertson's Sav-On Otro: _____

Dirección de Farmacia o Calles de Cruce: _____ Teléfono (_____) _____

INFORMACIÓN DE SU SEGURO

Seguro Primario _____ # Del Miembro _____ # Grupo _____

Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ #SS ____-____-____

Relación del Paciente al Asegurado Si Mismo Esposo(a) Hijo(a) Otro: _____

Firma del Paciente / Representante Legal

_____/_____/_____
Fecha de Hoy



DALLAS EYE CONSULTANTS

Oren Fass, MD
Ian Gutierrez, OD
Waziha Samin, OD

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Fecha de Hoy ____/____/____

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

1. Ponga en lista cualquier medicamento que este tomando actualmente. (Con y Sin Receta Médica):

2. ¿Tiene alergias a algún medicamento? Si No

Si la respuesta es si, apunte los medicamentos:

CIRUGÍAS:

Por favor marque todas las que apliquen

Angioplastia	Catéter Cardíaco	Riñón	Radioterapia
Apendectomía	Derivación de la Arteria Coronaria	Cirugía de la vision LASIK	Fusión Espinal
Biopsia (cualquiera)	Cirugía de Glaucoma	Lumpectomía	Tiroides
Derivación Cerebral	Válvula del Corazón	Cirugía de Pulmón	Cirugía Vasculat
Extracción de Catarata	Histerectomía	Marcapasos	Otro:

Por favor ponga cualquier cirugía adicional: _____

HISTORIAL FAMILIAR:

¿Ha tenido algún miembro de su familia estas enfermedades? Degeneración Macular Glaucoma

HISTORIAL SOCIAL:

¿Su vision limita sus actividades diarias? Si No

¿Alguna vez ha tenido una transfusion de sangre? Si No Especifique el mes y año: _____

¿Toma bebidas alcohólicas? Si No

¿Tabaco? Fumador de cigarrillos Diario Diario Fumador / de vez en cuando fumar Nunca a fumado

Anterior fumador: Por favor indique el mes y ano que dejo de fumar: _____

¿Cuándo fue su ultimo examen de vista profesional, y por quien?

Fecha: ____/____/____ Doctor / Nombre de la Oficina: _____

¿Durante este ultimo examen, el doctor le menciono algún problema de los ojos existente o futuro? Si No

Si la respuesta es si, por favor explique: _____

Firma del Paciente / Representante Legal

____/____/____
Fecha de Hoy



DALLAS EYE CONSULTANTS

- Oren Fass, MD
Ian Gutierrez, OD
Waziha Samin, OD

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Fecha de Hoy ____/____/____

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Por favor marque todas las que apliquen

Alergia (Potencialmente Mortal)	<input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Anestéticos <input type="checkbox"/> Anafilaxia
Sangre y Linfático	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Desórdenes Sangrantes <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia <input type="checkbox"/> Trombosis <input type="checkbox"/> De Células Falciformes <input type="checkbox"/> Talasemia <input type="checkbox"/> Necesidad de anticoagulantes
Cáncer	<input type="checkbox"/> Que tipo y que órgano _____
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiac congestiva <input type="checkbox"/> Enfermedad Valvular <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular <input type="checkbox"/> Aneurisma aórtico <input type="checkbox"/> Disección aórtico
Oído / Nariz / Garganta	<input type="checkbox"/> Sinusitis crónico <input type="checkbox"/> Deterioro de Oído <input type="checkbox"/> Tinnitus (zumbido de oídos) <input type="checkbox"/> Vértigo <input type="checkbox"/> Alergias de las vías respiratorias superiores <input type="checkbox"/> Condiciones laríngeas crónicas
Endocrino	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo
Ojos / Visión	<input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Degeneración Macular <input type="checkbox"/> Ceguera para distinguir colores <input type="checkbox"/> Desalineación ocular <input type="checkbox"/> Anormalidad retinal (p.e. desprendimiento, degeneración) <input type="checkbox"/> Ambliopía (ojo vago)
Reproductivo Femenino y de Mana	<input type="checkbox"/> Esterilidad <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Quistes Ováricos <input type="checkbox"/> Fibromas Uterinos <input type="checkbox"/> Problemas menstruales <input type="checkbox"/> Amenorrea (ausencia de la menstruación) <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico <input type="checkbox"/> Menopausia ____ # de embarazos ____ # de término completo ____ # de abortos
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Reflujo Esophagitis <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa
VIH / CIDA Infecciones Oportunistas	<input type="checkbox"/> VIH , si la respuestas es si, que año diagnosticado: _____ <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> MAI <input type="checkbox"/> Citomegalovirus <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis <input type="checkbox"/> Criptococosis
Riñon y Enfermedades Urológicas	<input type="checkbox"/> Anormalidades anatómicas <input type="checkbox"/> Infecciones Crónicas <input type="checkbox"/> Piedras en el riñon <input type="checkbox"/> Glomerulonefritis <input type="checkbox"/> Síndrome nefrótico <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la próstata <input type="checkbox"/> Prostatitis crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal isquémica
Hígado	<input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Enfermedad del tracto biliar <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Cálculo biliar
Musculoesquelético / Coyuntura	<input type="checkbox"/> Artritis degenerativa <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Artritis de Lyme <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Osteoporosis
Neurológico	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Aneurisma <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> Esclerosis multiple <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Epilepsia (trastorno convulsivo) <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer / demencia <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica <input type="checkbox"/> Espina bfida
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Síndrome premenstrual (SPM)
Respiratorio	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> EPOC enfermedad pulmonar obstructive crónica <input type="checkbox"/> Fibrosis cística <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar (coágulo de sangre en el pulmón) <input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar <input type="checkbox"/> Efusión pleural <input type="checkbox"/> Pulmón colapsado <input type="checkbox"/> Tuberculosis
Piel	<input type="checkbox"/> Dermatitis / Eczema <input type="checkbox"/> Soriasis. <input type="checkbox"/> Cáncer(es) de la piel
Trastornos de Sueño	<input type="checkbox"/> Apnea de sueño <input type="checkbox"/> Narcolepsia <input type="checkbox"/> Insomnio Crónico <input type="checkbox"/> Cataplejía <input type="checkbox"/> Somnambulismo
Otras Condiciones Crónicas	<input type="checkbox"/> Dolor Crónico. <input type="checkbox"/> Otro: _____



DALLAS EYE CONSULTANTS

Oren Fass, MD
Ian Gutierrez, OD
Waziha Samin, OD

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Fecha de Hoy ____/____/____

AUTORIZACIÓN PARA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIPAA)

Por este medio autorizo el uso y divulgación de información específica descrito abajo solo para el paciente:

- Podemos notificarle por teléfono de cita(s) pendientes y/o estudios Si No
- Podemos dejarle mensaje detallado en el buzón y/o máquina de mensajes Si No
- Podemos llamarle con resultados de laboratorios y/o pruebas Si No

PERSONAS AUTORIZADAS A RECIBIR INFORMACIÓN MEDICA DEL PACIENTE

Nombre	Relación

Si no especifica una fecha de caducidad, evento, o condición, esta autorización vencerá en 1 año. Entiendo que la autorización de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No tengo que firmar este formulario para garantizar tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que sera utilizada o revelada con forme a CFR 164.524. Entiendo que cualquier revelación lleva con ello la responsabilidad de una revelación no autorizada y la información no puede ser protegida por reglas de confidencialidad federales. Si tengo preguntas sobre la revelación de mi información de salud, puedo llamar a la oficina y ponerme en contacto con el Oficial de Privacidad.

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que bajo la ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA - Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida y que esta información puede y será usada para:

- Establecer, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre múltiple proveedores de salud que pueden estar involucrados en el tratamiento directamente o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones de salud normales como las evaluaciones de calidad y certificaciones de los médicos.

Fecha de vencimiento opcional

Firma del Paciente / Representante Legal



DALLAS EYE CONSULTANTS

Oren Fass, MD
Ian Gutierrez, OD
Waziha Samin, OD

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Fecha de Hoy ____/____/____

POLÍZA FINANCIAL

Estamos comprometidos a brindarle el más alto nivel de servicio y calidad de atención. Si usted tiene seguro médico, nos enfocaremos para ayudarlo a recibir sus beneficios máximos permitidos. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y comprensión de nuestra póliza financiera. Por último, sin embargo cualquier y toda responsabilidad financiera recae en el paciente.

Nuestra oficina participa con la mayoría de los planes de seguros. Proporcionamos atención **MÉDICA y QUIRÚRGICA** oftálmica a nuestros pacientes, en comparación a los exámenes oculares de rutina y no participamos con **NINGÚN** plan de visión (VSP, EyeMed, etc.). Si usted tiene un plan de seguro médico administrado que requiere una referencia para ver un especialista, usted debe obtener una referencia antes de su visita para que su visita sea cubierta por su seguro. Si no tiene la referencia válida y todavía desea ser visto, le pediremos que pague la visita antes de su examen y la reclamación no será reclamada con su seguro.

Es la responsabilidad del paciente / representante legal de:

- Estar familiarizado con los beneficios de su plan, incluyendo co-pagos, co-seguros, y deducibles.
- Proporcionar a la oficina con información actual incluyendo dirección, números de teléfono y el empleador.
- De acuerdo a su contrato de seguro, debe estar preparado para pagar su co-pago en cada visita.
- Si una remisión/referencia es requerida por su seguro, usted debe tener la información apropiada que es requerida para nuestra oficina para poderlo(a) ver. Si el seguro niega pago debido a no tener remisión autorizada previamente en el archivo, usted acepta toda la responsabilidad del pago en su totalidad
- Aceptamos dinero en efectivo, cheques y tarjetas de crédito para los servicios.

Apreciamos el pronto pago de la totalidad de cualquier saldo pendiente. Si su cuenta es entregada a nuestra agencia de colección, usted se compromete a pagar todos los cargos impuestos por la agencia de colección con el fin de coleccionar la cantidad atrasada. Cualquier pago de cheque sin fondos será sujeto a un cobro de \$30.00.

REEMBOLSO: Si su libro mayor acumula un crédito debido a un sobrepago de su aseguradora usted tendrá la opción de un crédito aplicado. En su libro mayor para usar en sus futuros servicios. Con nuestra práctica o usted puede escoger tener el crédito reembolsado. Todos los reembolsos son procesados por crédito o cheque.

FORMAS MISCELÁNEAS: Hay un cargo por completar varios formularios, incluyendo su formulario DMV. Se requiere el pago por adelantado para los formularios completados, o para la comunicación adicional por escrito por parte del médico. El cargo viene determinado por la complejidad del formulario, carta o comunicación. Consulte a un asociado para obtener más información.

REGISTROS MÉDICOS: Especificado por código de salud y seguridad de Texas código 181.001 Registros médicos pueden ser obtenidos por una autorización firmada código 241.154 indica que la tarifa de recuperación será determinado por persona y el precio de tarifa de recuperación por registros médicos es \$25.00 por los primeros 20 páginas y \$0.50 por cada página después.

SIN CARGOS DE SHOW: Habrá un cargo de \$25.00 por no presentar a la cita confirmada o cancelar el mismo día que su cita. Cualquier paciente que cancele una cirugía programada y electiva sin dar más de dos (2) días hábiles de anticipación antes de la cirugía, o no se presenta a la cirugía, se le cobrará una tarifa de cancelación de \$50.00. Se tendrán en cuenta las emergencias legítimas.

He leído y entendido la póliza financiera.

Firma del Paciente / Representante Legal