

CENTRO OFTALMOLÓGICO DE MIDLAND Y CENTRO QUIRÚRGICO DE MIDLAND
2706 W. Cuthbert Ave., Edificio A Midland, TX 79701 (432) 694-0999

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CEPOS: _____

Numero de casa: _____ Móvil: _____ Correo electrónico: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma: _____

Sexo: ☐ H ☐ M Peso: _____ Altura: _____ Seguro social: _____

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ***Ocupación:** _____

Parte responsable: _____ Teléfono: _____

(Yo, Esposo/Esposa, Padre)

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre del médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Referido por: _____

Farmacia: _____

Dirección: _____

1. ¿Está el paciente en un centro de enfermería especializada? ☐ SÍ ☐ NO

2. ¿Tiene el paciente una directiva anticipada? ☐ SÍ ☐ NO

3. ¿Eres alérgico a algún alimento, medicamento o químico? ☐ SÍ ☐ NO

Si es así, por favor especifica: _____

4. ¿Te han hecho cirugías importantes? ☐ SÍ ☐ NO

Si es así, por favor indica y proporciona el año: _____

5. ¿Has tomado alguna vez algún medicamento para la próstata como FLOMAX, JALYN o TAMSULOSIN?

Si es así, ¿cuándo y por cuánto tiempo? _____

6. ¿Tienes alguna condición médica del hígado? ☐ SÍ ☐ NO

7. Por favor, enumera a continuación, o proporciona una lista de los medicamentos que estés tomando actualmente:

☐ Actualmente no tomo ningún medicamento

☐ Proporcionando una lista,

☐ Actualmente estoy tomando los siguientes medicamentos: _____

Si actualmente usas gotas para la glaucoma, ¿por cuánto tiempo?: _____

8. Estado de tabaco ☐ Nunca fumado ☐ Fumador actual de todos los días ☐ Fumador actual en ocasiones ☐ Historial de fumar, pero dejó de fumar (proporcione el año) _____.

***Se solicita la ocupación (o profesión) para determinar las restricciones después de la cirugía.**

Nombre del paciente:

Fecha: _____

Historia médica general:

Sí:

Anemia	
Ansiedad	
Artritis	
Asma	
Trastorno hemorrágico	
Cáncer (específica)	
Insuficiencia cardíaca congestiva	
EPOC	
Demencia	
Depresión	
Diálisis	
Diabetes tipo I	
Diabetes tipo II	
Colesterol elevado	
Infarto	
Hepatitis	
VIH	
Hipertensión	
Enfermedad renal	
Hígado (cirrosis)	
Insuficiencia hepática	
SARM	
Otros	
Marcapasos	
Embarazo	
Golpe	
Tiroides	
Tuberculosis	
El paciente niega cualquier historial de condiciones médicas	

Historia ocular:

Sí:

Ambliope	
Astigmatismo	
Blefaritis	
Cáncer	
Cataratas	
Chalazión	
Lentes de contacto	
Abrasión corneal	
Úlcera corneal	
Retinopatía diabética	
Diplopía (visión doble)	
Ojos secos	
Ectropión	
Entropión	
Membrana epirretiniana	
Lesión en el párpado	
Glaucoma	
Herpes simplex o herpes zóster	
Hipermetropía	
Queratocono	
Degeneración macular	
Agujero macular	
Mono visión	
Miopía	
Traumatismo ocular	
Desprendimiento vítreo posterior	
Pterigión (carnosidad)	
Ptoxis (párpado caído)	
Desprendimiento de retina	
Estrabismo	
Uveítis	

Si alguna vez te has sometido a alguna cirugía ocular anterior, por favor indícala con el año completado:

MEDICARE

Somos un proveedor participante de MEDICARE. Presentamos todas las reclamaciones de Texas. Medicare paga el 80% del cargo permitido una vez que usted haya alcanzado el deducible anual de su plan. Usted o su aseguradora secundaria serán responsables del 20% restante.

CIRUGÍA

La cirugía suele implicar un costo mayor que los procedimientos realizados en el consultorio. Antes de cualquier cirugía, te proporcionaremos una estimación financiera de tu responsabilidad, también conocida como una cuota. Por lo tanto, se requerirá el pago antes de la cirugía. Por favor, recuerde que las estimaciones financieras se basan únicamente en la información que nos proporciona su plan de seguro. Por lo tanto, NO es una garantía de pago por parte de ellos.

SEGURO DE VISIÓN

Aceptamos una variedad de planes de seguro médico para cuidados oculares médicamente necesarios, tratamientos y exámenes oculares completos. Ten en cuenta que no aceptamos planes de seguro de visión.

REEMBOLSOS

En caso de pago en exceso, se podrá emitir un reembolso por el monto del saldo a favor al paciente, previa solicitud. Los reembolsos pueden emitirse por cheque si se pagan en efectivo o con cheque, o se pueden acreditar de nuevo al método original de pago realizado con tarjeta de crédito o débito. Por favor, permítenos hasta una semana para que se emita un reembolso a petición. Para garantizar que los pacientes reciban sus reembolsos, no enviamos cheques de reembolso por correo; Pedimos a los pacientes que recogerán sus cheques en la instalación.

SOLICITUD DE HISTORIAL MÉDICO

Para divulgar o solicitar su información médica personal, necesitarás un formulario de Autorización para Divulgar Información Médica conforme a HIPAA. Este documento otorga a tu proveedor sanitario un consentimiento explícito para compartir tus historiales con otro médico, especialista, compañía de seguros, para uso personal o con un tercero.

Podemos proporcionarte este formulario si lo solicitas. Ten en cuenta que, si vamos a entregar los registros al paciente, cobramos una tarifa de \$25.00 por las primeras veinte páginas y \$.50 por cada copia posterior.

Las copias solicitadas de los registros médicos y/o de facturación, o un resumen o informe narrativo de dichos registros, deberán ser proporcionadas por el médico en un plazo de 15 días laborables desde la fecha de recepción de la solicitud y las tarifas razonables por la entrega de la información. Agradecemos tu paciencia.

ACEPTO LAS POLÍTICAS DEL CENTRO OCULAR DE MIDLAND Y DEL CENTRO CIRÚRGICO DE MIDLAND

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA FACILITAR INFORMACIÓN AL CENTRO OFTALMOLÓGICO DE MIDLAND Y AL CENTRO QUIRÚRGICO DE MIDLAND

Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para tramitar el seguro.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES AL MÉDICO

Autorizo el pago de beneficios médicos y quirúrgicos al Centro Ocular de Midland y al Centro Quirúrgico de Midland por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente ante el médico por los gastos que no cubre el seguro.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

RECONOCIMIENTO DE REVISIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina (publicado), que explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Nombre del paciente o representante personal

Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal

CANCELACIÓN DE CITAS Y POLÍZAS DE NO PRESENTACIÓN

Cuando los pacientes programan una cita, establecemos tiempo suficiente para ofrecerte la atención de la más alta calidad. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, por favor contacte nuestra oficina en un plazo de 24 horas de su cita programada en nuestra clínica y 48 horas para la cirugía programada en el Centro Quirúrgico de Midland. Esto nos da tiempo para programar a otros pacientes que puedan estar esperando una cita.

Por favor, consulta nuestras pólizas de citas y ausencias a continuación:

- A partir del 1 de mayo de 2018, cualquier paciente que **no se presente, cancele o re programe una cita** y no haya contactado con nuestra oficina en las 24 horas previas a su cita programada será considerado ausente y se le cobrará una tarifa de \$25.00 dólares.
- **No presentarse, cancelar o reprogramar una cita de cirugía** sin contactarse con nuestra oficina dentro de las 48 horas previas a la cirugía prevista resultara en una tarifa de \$100.00. Si tu cirugía está programada para el martes, es responsabilidad del paciente contactar con nuestra oficina antes de las 8:30am del lunes, el día antes de la cirugía, o dejar un mensaje de voz.
- Después de tres ausencias y/o no cancelar su cirugía/consulta, recibirá una carta de nuestra oficina informándole de que ya no podremos prestar servicios de salud debido a su incumplimiento con la cancelación de la cita y la póliza de no presentación. Estaremos encantados de proporcionar servicios de emergencia a los pacientes durante 30 días con aviso.

Entendemos que puede haber ocasiones en las que ocurra una emergencia imprevista y que no pueda acudir a su cita programada. Si se encuentra en una situación de emergencia, por favor contacte con nuestra oficina lo antes posible.

Centro de Oftalmología de Midland: (432)-694-0999

Centro Quirúrgico de Midland: (432)-694-6517

He leído y comprendido las pólizas de cancelación de citas y de no presentarme, y acepto los siguientes términos.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del paciente: _____