



Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

## Datos demográficos del paciente

### Información personal

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección física : \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Género al nacer: Masculino Femenino (circule uno)

Número de Seguro Social : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: No hispano/latino Hispano/latino (circule uno)

Idioma principal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Entiendo que el correo electrónico no es un método seguro de comunicación y que la información de salud personal, asuntos de pago, facturas e información de cobro no son seguros ni privados.

Método de recordatorio de cita: Llamada telefónica Mensaje de texto Correo electrónico (circule todos los que correspondan)

¿Está bien dejar un mensaje de voz? Sí No (circule uno)

<b>Estado civil</b>	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	Separado
<b>Empleo</b>	Tiempo completo	Medio tiempo	Jubilado	Trabajador por cuenta propia	Desempleado
<b>Estudiante</b>	Tiempo completo	Medio tiempo			

¿Cómo se enteró de nosotros? Amigo/familia Doctor Sitio web Redes sociales Otro (circule uno)

### Información del tutor/persona responsable

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección física : \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

### Contacto de emergencia

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono móvil: \_\_\_\_\_



Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

### Información del seguro del paciente

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

#### Información del seguro primario

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

#### Información del seguro secundario

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

#### Información del seguro de visión

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_



**Número de cuenta del paciente:** \_\_\_\_\_

## **Información del seguro del paciente**

**Farmacia preferida:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Alergias a medicamentos:** \_\_\_\_\_

## **Medicamentos (incluyendo la concentración)**

## Cantidad

### **Veces por día/semana/mes**



Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

### Información del seguro del paciente

#### Nota: ESTA INFORMACIÓN ES VITAL PARA LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Reumatólogo: \_\_\_\_\_

Endocrinólogo: \_\_\_\_\_

Otro especialista: \_\_\_\_\_

Otro especialista: \_\_\_\_\_

#### Histórial familiar:

Sin historial familiar significativo:

	Padre	Madre	Hermana	Hermano
<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Enfermedad cardíaca</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Glaucoma</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Degeneración macular</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Desprendimiento de retina</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ceguera</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consumo de alcohol:  Ninguno  Social  1-2 bebidas por día  3 o más bebidas por día

Consumo de tabaco:  Nunca  Exfumador  Fumador ocasional  Fumador diario

Si fuma: Paquetes por día: \_\_\_\_\_ ¿Durante cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_



Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO GENERAL:

### Sí      Notas si respondió "sí"

Ninguna condición médica ni enfermedades.

#### **Cardiovascular**

Insuficiencia cardíaca congestiva .....   
Enfermedad coronaria .....   
Colesterol elevado .....   
Ataque cardíaco .....   
Enfermedad de las válvulas cardíacas .....   
Hipertensión .....   
Marcapasos .....   
Otro .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### **Dermatológico**

Formación de queloides .....   
Culebrilla (Herpes) .....   
Cáncer de piel .....   
Otro .....

.....  
.....  
.....  
.....

#### **Gastrointestinal**

Cáncer de colon .....   
Enfermedad de Crohn .....   
Sangrado gastrointestinal .....   
Colitis ulcerosa .....   
Otro .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### **Genitourinario**

Próstata agrandada .....   
Enfermedad renal .....   
Otro .....

.....  
.....  
.....

#### **Hematológico**

Anemia .....   
Trastorno hemorrágico .....   
Coágulos de sangre .....   
Leucemia .....   
Anemia de células falciformes .....   
Otro .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

**Sí      Notas si respondió "sí"**

**Enfermedades Infecciosas**

- Hepatitis C .....   
VIH .....   
MRSA .....   
Tuberculosis .....   
Otra .....

---

---

---

---

---

**Metabólicas / Endocrinias**

- Diabetes Tipo I .....   
Diabetes Tipo II .....   
Enfermedad de la tiroideas .....   
Otra .....

---

---

---

---

**Musculoesqueléticas**

- Gota .....   
Osteoartritis .....   
Artritis reumatoide .....   
Otra .....

---

---

---

---

**Neurológicas**

- Demencia .....   
Migrañas .....   
Esclerosis múltiple .....   
Convulsiones .....   
Derrame cerebral .....   
Otra .....

---

---

---

---

---

---

**Pulmonares**

- Asma .....   
EPOC .....   
Cáncer de pulmón .....   
Sarcoidosis .....   
Apnea del sueño .....   
Otra .....

---

---

---

---

---

---



Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

**Sí      Notas si respondió "sí"**

**Psiquiátricas**

- Ansiedad .....  \_\_\_\_\_  
Trastorno bipolar .....  \_\_\_\_\_  
Depresión .....  \_\_\_\_\_  
Esquizofrenia .....  \_\_\_\_\_  
Otra .....  \_\_\_\_\_

**Salud de la Mujer**

- Cáncer de mama .....  \_\_\_\_\_  
Cáncer de ovario .....  \_\_\_\_\_  
Otra .....  \_\_\_\_\_

**Cirugías Oculares Previas**

- LASIK .....  \_\_\_\_\_  
PRK .....  \_\_\_\_\_  
Queratotomía radial .....  \_\_\_\_\_  
Trasplante de córnea .....  \_\_\_\_\_  
Catarata .....  \_\_\_\_\_  
Otra .....  \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE CIRUGÍAS PREVIAS:**

**Fecha      Detalles de la cirugía**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_



Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

## Información de Facturación / Seguro

**Usted será responsable de cualquier copago, deducible, coseguro y gastos no cubiertos.**

**Autorización previa:** Nuestro personal de facturación le ayudará a obtener cualquier autorización previa necesaria y a detallar los beneficios y obligaciones financieras antes de su procedimiento o cirugía. Si su seguro requiere una remisión para que se paguen todos los beneficios, asegúrese de que tengamos esa autorización en el expediente para poder facturar a su aseguradora por los servicios de atención médica.

**Pacientes que pagan por cuenta propia:** Se espera el pago en el momento del servicio. Los pagos pueden hacerse en efectivo, cheque, giro postal o tarjeta de crédito. Si por alguna razón no se cobra el saldo completo en el momento de la salida, el departamento de facturación verá al paciente/tutor legal para cobrar los cargos restantes por los servicios prestados.

**Refracciones:** Los exámenes oculares de rutina para receta de lentes usualmente no están cubiertos por los planes de seguro médico y nunca están cubiertos por Medicare. La tarifa de \$55 debe pagarse en el momento del servicio.

**Política de “No Presentarse” a la cita:** Los pacientes que no se presenten a una cita programada sin notificación previa recibirán un cargo de \$50.00 por no presentarse. Esta tarifa se aplicará a cada persona por cada cita perdida. Los pacientes que no hayan pagado la tarifa por no presentarse no podrán programar futuras citas.

**Política sobre lentes de contacto:**

- Se requiere un examen ocular cada 12 meses para recetar lentes de contacto.
- El ajuste de lentes de contacto tiene un cargo adicional.
- Cualquier lente de contacto devuelto debe estar en el envase original en que fue entregado.

=====

He recibido la información anterior y entiendo que la autorización previa por parte de mi proveedor de seguros no es una garantía de pago de mi reclamación. Entiendo que todos los saldos restantes son mi responsabilidad y serán pagados a North Texas Eye Center (NTEC). Las facturas médicas no pagadas serán transferidas a la agencia de cobros o empresa de facturación asociada de NTEC, siguiendo las normas de privacidad de HIPAA. Este formulario de política financiera se utilizará como su consentimiento y comprensión de que NTEC notificará al paciente sobre los saldos pendientes antes de transferir la deuda no pagada del paciente a dicha agencia de cobros.

Mi firma en este formulario también servirá como “firma en archivo” para el procesamiento de formularios de reclamaciones de seguros y demuestra que entiendo todas las políticas de facturación y seguros de la oficina.

Nombre del paciente en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente si es tutor legal: \_\_\_\_\_



Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

## Servicios de Refracción

### ¿Qué es una refracción?

Una refracción, también conocida como examen de la vista, es una parte habitual de un examen ocular. Este examen ayuda a su oftalmólogo a determinar su receta precisa para gafas y/o lentes de contacto.

Un valor de 20/20 se considera típicamente una visión normal. Las personas con visión 20/20 pueden leer letras que miden 3/8 de pulgada de alto desde una distancia de 20 pies. Si no tiene visión 20/20, esto podría significar que tiene un error refractivo. Un error refractivo ocurre cuando la luz no se dobla correctamente al pasar por el lente de su ojo. La prueba de refracción ayudará a su médico a determinar qué receta necesita para lograr su mejor visión.

### ¿Por qué es importante esta prueba?

Esta prueba ayuda a su médico a determinar si necesita lentes con receta y cuál es la receta precisa necesaria para una visión óptima. Los resultados de esta prueba se utilizan para diagnosticar errores refractivos como el astigmatismo, la hipermetropía o la miopía. Además, los resultados pueden ayudar a diagnosticar problemas oculares más graves, como la degeneración macular o las cataratas.

### El costo de una refracción

Aunque una refracción es esencial para un examen ocular completo, el costo de esta prueba solo es cubierto por algunas compañías de seguros, pero no por todas. Medicare no cubre las refracciones porque la prueba se considera parte de un examen de rutina y no médicaamente necesaria. Medicare no cubre la mayoría de los procedimientos rutinarios, sino los gastos relacionados con la salud visual. Si tiene un seguro de visión separado, infórmenos. Su plan de visión podría cubrir su refracción.

La refracción es siempre un servicio opcional. Nuestra tarifa en la oficina por una refracción es de \$55.00 y esta tarifa se cobra en el momento de su examen, además de cualquier copago que su plan pueda requerir. Si su plan nos paga por la refracción, le reembolsaremos en consecuencia.

Reconozco y autorizo al proveedor o clínico a realizar esta prueba. Además, entiendo que el médico no puede emitir una receta para gafas sin esta prueba. Y, el médico no puede hablar sobre la necesidad de gafas nuevas sin esta prueba.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Rechazo la refracción

Rechazo la prueba de refracción y entiendo que no recibiré una nueva receta para gafas o lentes de contacto al final de mi cita. Además, entiendo que ni el personal ni el doctor podrán responder preguntas sobre mi receta como consecuencia de rechazar esta prueba.

**Nombre del paciente en letra de molde:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



## CENTRO OFTALMOLÓGICO DEL NORTE DE TEXAS

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN HIPAA

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para el uso y divulgación de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para los siguientes propósitos:

- Realizar y planificar su tratamiento, incluyendo a múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados directa o indirectamente en su tratamiento.
- Obtener el pago por los servicios prestados a usted a través de terceros pagadores.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad, entre otras.

He recibido o se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (NOPP, por sus siglas en inglés) de esta oficina, el cual contiene una descripción detallada del uso y divulgación de mi PHI.

Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento mediante una notificación por escrito dirigida a esta oficina. Por favor, comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que hayamos tomado basándonos en este consentimiento antes de recibir su revocación.

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y del NOPP de esta oficina. Entiendo que, al firmar este consentimiento, estoy autorizando el uso y divulgación de mi PHI para llevar a cabo actividades relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

#### Autorización para Divulgar Información a Personas Designadas

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre completo del paciente o tutor legal), por la presente reconozco que doy mi consentimiento al Centro Oftalmológico del Norte de Texas para el uso y divulgación de mi información médica protegida (PHI) con el fin de llevar a cabo actividades relacionadas con el tratamiento, el pago, recordatorios de citas y otras operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento mediante la presentación de una carta de declinación por escrito.

También puede optar por compartir su PHI con su cónyuge, hijos u otra persona ajena a las operaciones normales de atención médica del Centro Oftalmológico del Norte de Texas. Por favor, indique a continuación con quién desea compartir su PHI.

#### Nombre de la persona a quien se deben divulgar sus registros médicos:

\_\_\_\_\_ Número de teléfono : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Número de teléfono : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Número de teléfono : \_\_\_\_\_

Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_