

FORMA DE REGISTRACION

FECHA: _____

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

Nombre: _____
(Primer Nombre) (Inicial del segundo) (Apellido)

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número de teléfono Casa: (____) _____ Celular:(____) _____ Correo Electrónico: _____

Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Sexo: M F

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ NumerodelSeguroSocial _____

Ocupación: _____ Teléfono del empleador: (____) _____

Empleador: _____ Dirección del empleador: _____

Nombre de Cónyuge/Padre o Tutor Legal: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: (____) _____

Empleador: _____ Número de teléfono: (____) _____

Como se enteró de la clínica? (Marque todo lo que aplique)

- Paciente Artes escénicas Doctor Refirió
- Google Community Impact TOC Spa Medica
- En línea Cartelera Feria de Salud
- Otra: _____

Preferencia de confirmación de citas:

- Llamada
- Mensaje de Text
- Correo electrónico
- No confirmes

Grupo Étnico: Hispano/Latino No Hispano/ Latino

Raza: Indio Amer./Aleut Asiático/De Otra Isla del Pacifico Negro Blanco Otro: _____

Seguro Médico Primario: _____
(Nombre) (No. de póliza) (No. del grupo)

Nombre del suscriptor: _____ SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Médico Secundario: _____
(Nombre) (No. de póliza) (No. del grupo)

Nombre del suscriptor: _____ SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Contacto de emergencia: _____
(Nombre) (Relación al paciente)

Número de teléfono "Trabajo": (____) _____ Número de teléfono "Casa": (____) _____

Entiendo que mi médico puede revelar cualquier información médica registro mío o mi dependiente para evaluar, tratar y enviar reclamaciones a mi compañía de seguros. Entiendo y acepto que pago de prestaciones médicas debido a mí ser abonado directamente al TOC Eye and Face. Entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mi dependiente no cubiertos por mi seguro. Estoy de acuerdo en que el pago es debido en el momento del servicio a menos que otros acuerdos han sido hechas y acordado. Si el pago no se recibe por fechas acordadas, reembolsare la TOC Eye and Face los honorarios de cualquier agencia de cobranza, la cual puede ser basada en un porcentaje en un máximo de 30% de la deuda y gastos incluyendo honorarios de abogados.Si es necesario, también entiendo que se puede hacer una revisión de mi historial de crédito. Esta autorización permanecerá en vigor hasta revocado por mí en la escritura.

PAGO ES DEBIDO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. GRACIAS.

Firma: _____ Fecha _____

Reconozco que el aviso de prácticas de privacidad se ha hecho disponible para mí en el vestíbulo de Texas Oculoplástica Consultores.
Firma: _____ Fecha _____

FORMA DE HISTORIA MÉDICA

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Altura _____ Peso _____ Fecha _____

Razón por la visita: _____

Alergias o sensibilidades médicas

- Tiene alguna alergia/sensibilidad a cualquiera medicina o comida?
 No Si Si contesto si, por favor liste cuales: _____
- Alguna vez ha tenido alguna reacción al látex, caucho, o elástico?
 No Si Si contesto si, por favor explique: _____

MEDICACION (Favor de anotar todos sus medicamentos prescritos, oculares, según sea necesario, vitaminas, y suplementos)

Ninguna Tomas aspirina? No Si Es preventivo? No Si

- | | | |
|----------|-----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ | 11. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ | 12. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ | 13. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ | 14. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ | 15. _____ |

HISTORIA OCULAR: Favor de marcar sus problemas presente y pasados

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anophthalmia (perdió un ojo) | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Ambliopía (ojo vago) | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> AMD (macular degeneración) | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Graves (enfermedad tiroidea ocular) | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Estrabismo (ojos cruzados) | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Ninguna | |

STAFF USE ONLY:

BP: _____

Pulse: _____

BMI: _____

HISTORIA MEDICA: Favor de marcar sus problemas presente y pasados

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado (hepatitis) Tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma - Estridor | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD) |
| <input type="checkbox"/> Tipo de cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| Tratamiento: <input type="checkbox"/> Quimio <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Surgía | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón |
| <input type="checkbox"/> Angina (dolor de pecho) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del ritmo del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones (enfisema) |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta (hipertensión) | <input type="checkbox"/> Requiere oxígeno continuo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón (arteria coronaria o ataques) | <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño <input type="checkbox"/> Requiere CPAP |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral u otra lesión cerebral Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> VIH-SIDA | <input type="checkbox"/> Convulsiones o ataques |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la sangre | <input type="checkbox"/> Complicaciones de anestesia |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ninguna | |
| <input type="checkbox"/> MUJERES: Fecha de su último ciclo mensual? _____ | |

HISTORIA MÉDICA:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Complicaciones de anestesia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la sangre | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta (hipertensión) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ninguna | |

HISTORIA DE CIRUGIAS: Favor incluye TODAS las cirugías, aunque no está en la lista

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Cataratas | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> LASIK Cirugía refractiva |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Glaucoma | <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Cirugía de párpados |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos cardiacos/desfibrilador | | <input type="checkbox"/> Refrescamiento facial |
| | Quando fue su ultimo cheque? _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de la nariz (rinoplastia) |
| <input type="checkbox"/> Cánula intraluminal de arteria coronaria | Quando? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Derivacion de arteria cornaria(CABG) | Quando? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Ninguna | | |

HISTORIA PERSONALES

- Fumas? No Si Antes
Paquetes al día? _____ Cuantos años? _____
Quando dejaste de fumar? _____

- Tomas alcohol? No Si
Frecuencia Diaria Semanal Rara

- Usas drogas recreativos? No Si Antes
Tipo? _____
Quando dejaste? _____

Médicos actuales

Medico Primario

Nombre: _____ Dirección: _____

Numero de teléfono: (____) _____ Ciudad/Estado: _____

Cardiólogo (Favor de indicar si no es aplicable)

Nombre _____ Dirección: _____

Numero de teléfono: (____) _____ Ciudad/Estado: _____

Médico que le refirió (Si no fue su Medico Primario)

Nombre: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ Ciudad/Estado: _____

Farmacia preferida (adonde desea enviar algún medicamento prescrito)

Nombre: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ Ciudad/Estado: _____

X

Firma del paciente

Fecha

AUTORIZACION DE LIBERACION DEL CODIGO DE PORTABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD
Y CONTABILIDAD

Esta autorización autoriza a las partes designado nombrado a continuación para: hacer o confirmar citas; tener acceso a los rayos x, laboratorio y resultados de la prueba; tener acceso a comunicación telefónica y mensajes de contestador, así como otro medio común de comunicación; tomar medicamentos para la muestra; tomar conciencia de mi diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento; tener acceso a mi información de salud financiera y registros médicos.

Autorizo a Texas Oculoplástica Consultores a usar y divulgar mi información de salud identificable individualmente como se describe anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que una vez que esta información es divulgada a las partes designado nombrada a continuación, la información publicada puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Nombre de paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Designado partido: _____ **Relación a paciente:** _____

Dirreccion: _____

Número de teléfono: _____

Designado partido: _____ **Relación a paciente:** _____

Dirreccion: _____

Número de teléfono: _____

El paciente o representate del paciente debe leer e inicial de las siguientes afirmaciones:

1. Entiendo que esta autorización: *(Debe escoger uno)*
() Caducara en 1 ano a partir de la fecha firmado por el paciente o representate del paciente; o
() Ser eficaz toda la vida del paciente a menos que revoque
2. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito; sin embargo, si revoco la autorización, no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada por Texas Oculoplástica Consultores antes de la recepción de la revocación.
3. Entiendo que mi tratamiento no puede estar condicionado a si firmo esta autorización.

*USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE AUTORIZACION *

Firma del paciente o representate del paciente
(Forma **DEBE** ser completado antes de firmar o no será valido)

Fecha

Nombre del representate del paciente:

***USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE AUTORIZACION ***



CONSENTIMIENTO A LA FOTOGRAFIA

Autorizo a fotografias que deben tomarse para fines medicos. Estoy de acuerdo con el uso del a negatica, impresiones, copais, o reproducciones de seguros documentacion, docencia y para monitorear mi estado.

Firma del paciente

Fecha

Si el paciente es un menor de edad o no puede firmar, complete el siguiente:

Padre _____

Madre _____

Guarda u otra persona/relacion _____

Texas Oculoplástica Consultores
CAREOS
Notice of Privacy Practices

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

Our goal is to take appropriate steps to attempt to safeguard any medical or other personal information that is provided to us. The Privacy Rule under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) requires us to (i) maintain the privacy of medical information provided to us, (ii) provide notice of our legal duties and privacy practices and (iii) abide by the terms of our Notice of Privacy Practices currently in effect.

WHO WILL FOLLOW THIS NOTICE

- This notice describes the practices of our employees and staff. This notice applies to all TOC and CAREOS individuals, entities, sites and locations. In addition, these individuals, entities, sites and locations may share medical information with each other for treatment, payment and health care operation purposes described in this notice.

INFORMATION COLLECTED ABOUT YOU

In the ordinary course of receiving treatment and health care services from us, you will be providing us with personal information such as:

- Your name, address and phone number.
- Information relating to your medical history.
- Your insurance information and coverage.
- Information concerning your doctor, nurse or other medical providers.

In addition, we will gather certain medical information about you and will create a record of the care provided to you. Some information also may be provided to us by other individuals or organizations that are part of your “circle of care” – such as the referring physician, your other doctors, your health plan and close friends or family members.

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE INFORMATION ABOUT YOU

We may use and disclose personal and identifiable health information about you for a variety of purposes. All of the types of uses and disclosures of information are described below, but not every use or disclosure in a category is listed.

Required Disclosures. We are required to disclose health information about you to the Secretary of Health and Human Services, upon request, to determine our compliance with HIPAA and to you, in accordance with your right to access and right to receive an accounting of disclosures, as described below.

For Treatment. We may use health information about you in your treatment. For example, we may use your medical history, such as any presence or absence of diabetes, to assess the health of your eyes.

For Payment. We may use and disclose health information about you to bill for our services and to collect payment from you or your insurance company. For example, we may need to give a payer information about your current medical condition so that it will pay us for the eye examinations or other services that we have furnished you. We may also need to inform your payer of the treatment you are going to receive in order to obtain prior approval or determine whether the service is covered.

Disclosures to Persons Assisting in Your Care or Payment for Your Care. We may disclose information to individuals involved in your care or in the payment for your care. This includes people and organizations that are part of your “circle of care” – such as your spouse, your other doctors or an aide who may be providing services to you. We may also use the disclosure health information about a patient for disaster relief efforts and to notify persons responsible for a patient’s care about a patient’s location, general condition or death. Generally, we will obtain your verbal agreement before using or disclosing health information in this way; however under certain circumstances such as in an emergency situation, we may make these uses and disclosures without your agreement.

PERSUANT TO: 84TH TEXAS LEGISLATIVE REGULAR SESSION, HB 764 SECTION 108.0095.
NOTIFICATION OF DATA COLLECTION which states: A provider shall provide to a patient whose data is being collected under this chapter written notice on a form prescribed by the department of the collection of the patient's data for health care purposes. The notice provided under this section must include the name of the agency or entity receiving the data and of an individual within the agency or entity whom the patient may contact regarding the collection of data. The department shall include the notice required under this section on an existing department form and make the form available on the department's internet website.

NAME OF FACILITY/PROVIDER CAREOS (Center for Aesthetic and Reconstructive Eyelid and Orbital Surgery)

This document shall provide notice to patients that the Texas Department of State Health Services, Texas Healthcare Information Collection program (THCIC) receives patient claim data regarding services performed by the named Provider. The patients claim data is used to help improve the health of Texas, through various methods of research and analysis. Patient confidentiality is upheld to the highest standard and is not subject to public release. THCIC follows strict internal and external guidelines as outlined in Chapter 108 of the Texas Health and Safety Code and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

For further information regarding the data being collected, please send all inquiries to: Chris Aker

THCIC

Dept. of State Health Services

Center for Health Statistics, MC 1898 PO

Box 149347

Austin, Texas 78714-9347

Location

Moreton Building, M-660 1100

West 49th Street Austin, TX

78756

Phone: 512-776-7261

Fax: 512-776-7740

Email: thcichelp@dshs.state.tx.us