

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: _____

Puedes caminar sin ayuda? Si
 No Por favor indica: Incapacidad para pararse Caminante Silla de ruedas

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. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
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"/> Químico <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 |
| | Cuando fue su ultimo cheque? _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de la nariz (rinoplastia) |
| <input type="checkbox"/> Cánula intraluminal de arteria coronaria | Cuando? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Derivacion de arteria cornaria(CABG) | Cuando? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Ninguna | | |

HISTORIA PERSONALES

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

- Tomas alcohol? No Si Frecuencia Diaria Semanal Rara

- Usas drogas recreativos? No Si Tipo? _____
 Antes Cuando 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

AUTHORIZACION 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)
Nombre del representate del paciente:

Fecha

***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 OCULOPLASTICA CONSULTORES

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACION MEDICO SOBRE USTED PUEDE USARSE Y DIVULGARSE. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

Nuestro objetivo es tomar las medidas apropiadas para intentar salvaguardar cualquier información médica o personal que nos proporcione. La Regla de Privacidad bajo de la ley federal, Health Insurance Portability and Accountability ACT of 1996 (HIPAA) nos obliga a (i) Mantener la privacidad de su información médica, en la medida requerida por leyes estatales y federales, (ii) Darle este aviso que explican nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información médica acerca de usted y (iii) Siga los términos de la versión de esta notificación que está actualmente en efecto.

QUIEN SEGUIRA ESTE AVISO

- Este aviso describe las prácticas de nuestros empleados y personal. Este aviso se aplica a todas las personas, entidades, sitios y ubicaciones de TOC. Además, estas personas, entidades, sitios, y ubicaciones pueden compartir información médica entre ellos para tratamiento, pagos, y fines de atención médica de la operación que se describe en este aviso.

INFORMACION RECOPIADA SOBRE USTED

En el curso ordinario de recibir tratamiento y servicios de la salud, usted se nos proporciona información personal como:

- Su nombre, dirección, y número de teléfono.
- Información relativa a su historia médica.
- Su información de seguro y cobertura.
- Información relativa a su médico, enfermera, u otros médicos.

Además, recogerá cierta información médica sobre usted y crearemos un registro de los servicios proporcionados a usted. Alguna información también puede ser proporcionada a nosotros por otras personas u organizaciones que son parte de su “circulo de cuidado”- como médicos refiriéndose, sus otros doctores, su plan de salud y amigos o miembros de la familia.

COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION

Podemos usar y divulgar su información personal e identificable de la salud para una variedad de propósitos. A continuación se describen todos estos tipos de usos y divulgaciones de la información, pero no cada uso o divulgación en una categoría está en la lista.

Divulgaciones Obligatorias

Estamos obligados a divulgar información sobre su salud a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos, a petición, para determinar nuestro cumplimiento con HIPAA y a usted, de acuerdo con su derecho de acceso y derecho a recibir una contabilidad de accesos, como se describe a continuación.

Para Tratamiento

Podemos usar información médica sobre usted en sus tratamientos. Por ejemplo podemos usar su historia médica, como cualquiera presencia o ausencia de diabetes, para evaluar la salud de tus ojos.

Para el Pago

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para cobrar nuestros servicios y coleccionar pago de usted o su compañía de seguro. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle información del pagador de su condición médico para que nos paguen por el examen de vista u otros servicios que hemos equipado para

usted. También podemos necesitar informar a su pagador de su tratamiento que vas a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si el servicio está cubierto.

Divulgaciones a Personas en Su Cuidado o el Pago de Su Atención

Podemos divulgar información a personas participadas en su cuidado o pago de su cuidado. Esto incluye gente y organizaciones que son parte de su “circulo de cuidado:- como su esposo/esposa, sus otros médicos o un ayudante que puede estar brindando servicios a usted. También podemos utilizar la información de salud acerca de un paciente durante los alivios de desastres y a notificar las personas responsables del cuidado del paciente la ubicación del paciente, condición general, o muerte. Generalmente, obtenemos un acuerdo verbal antes de usar o divulgar información medico en esta manera; sin embargo bajo cierta circunstancias como una emergencia, podemos hacer estos usos y divulgaciones sin su consentimiento.

CONFORMIDAD CON: 84TH TEXAS LEGISLATIVO REGULAR SESION, HB 764 SECCION 108.0095 NOTIFICACION DE RECOGIDA DE DATOS QUE AVISA: UN MEDICO DEBERA PRESENTAR A UN PACIENTE CUYOS DATOS SE ESTAN RECOPILANDO BAJO ESTE CAPITULO ESCRITO EN UNA FORMA PRESCRITO POR EL DEPARTAMENTO DE LA COLCOLECCIÓN LOS DATOS DEL PACIENTE PARA FINES DE SALUD. EL AVISO EN ESTE SECCION DEBE INCLUIR EL NOMBRE DE LA AGENCIA O ENTIDAD RECIBIENDO LOS DATOS Y LA PERSONA DE LA AGENCIA O ENTIDAD QUE PONERSE EN CONTACTO CON EL PACIENTE CON RESPECTO A LAS RECOGIDAS DE DATOS. EL DEPARTAMENTO DEBE INCLUIR LA NOTICIA OBLIGADO BAJO ESTA SECCION EN FORMA DE UN DEPARTAMENTO EXSITENTE Y PONER DISPONIBLE LA FORMA AL PAGINA WEB DE EL DEPARTAMENTO.

Este documento deberá presentar aviso a pacientes del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Tejas. Texas Healthcare Information Collection program (THCIC) recibe datos reclamación del paciente con respecto a los servicios prestados por el proveedor nombrado. Los datos reclamaciones del paciente son usados para ayudar mejorar la salud de Texas, a través de diversos métodos de investigación y análisis. Paciente confidencialidad se confirma a los estándares más altos y no está sujeta a publicación. THCIC sigue estrictas normas internas y externas como se indica in Chapter 108 of the Texas Health and Safety Code and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

Para más información con respecto a los datos colectado, por favor envíe todas las consultas a: Chris Aker
THCIC

Dept. of State Health Services
Center for Health Statistics, MC 1898 PO
Box 14937
Austin, Texas 78714-9347

Ubicación

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