



"Nuestra mision...Su vision"
INFORMACION MEDICA

Fecha Referido por

Nombre Doctor de cabecera

Alergias:

Alergias a medicinas: Si No

A cuales medicinas

Otro tipo de alergias

Historial medico:

Cirujias

Problemas de salud

Medicinas que toma actualmente:

Problemas medicos que sufre en la actualidad:

- Artritis Si No
Enfermedades vasculares/colageno Si No
Diabetis Si No
Dolores de cabeza Si No
Enfermedades del corazon Si No
Presion alta Si No

Current Eye Problems:

- Cataratas Si No
Enfermedades Si No
Glaucoma Si No
Desprendimiento de la retina Si No

Historial Medico Familiar:

- Artritis Si No
Enfermedades vasculares/colageno Si No
Diabetis Si No
Dolores de cabeza Si No
Enfermedades del corazon Si No
Presion alta Si No
Cataratas Si No
Enfermedades Si No
Desprendimiento de la retina Si No

Si si, quien?

Blank lines for recording family history details.

**Review of Systems**

Sufre de alguno de lo(s) siguiente(s):

- Fiebre  Si  No
- Pérdida repentina de peso  Si  No
- Visión borrosa  Si  No
- Visión doble  Si  No
- Dolor de ojos  Si  No
- Supuración de los ojos (laganas)  Si  No
- Oídos, boca, nariz, garganta:
  - Dolor  Si  No
  - Tumor  Si  No
  - Supuración  Si  No
  - Pérdida de sensación  Si  No
- Dolor de pecho  Si  No
- Corto de respiración al hacer ejercicio  Si  No
- Palpitaciones  Si  No
- Tos  Si  No
- Asma  Si  No
- Diarrea  Si  No
- Estreñimiento  Si  No
- Dolor en el estomago  Si  No
- Ulceras  Si  No
- Anemia  Si  No
- Enfermedades de la sangre  Si  No
- Sangra facilmente  Si  No
- Glándulas linfáticas inflamadas  Si  No
- Debilidad muscular  Si  No
- Dolor en las coyunturas  Si  No
- Disminución de movimiento del cuerpo  Si  No
- Tumores en la piel  Si  No
- Manchas  Si  No
- Ronchasa en la piel  Si  No
- Debilidad en las extremidades  Si  No
- Adormecimiento el las extremidades  Si  No

*Si sí, que?*

---

---

---

---

---

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA**

Historial médico pasado, presente, familiar y del paciente actualizado en:

Fecha

Iniciales

---

---

---

---

---

---



**PATIENT INFORMATION Información de el Paciente**

First Name \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Medio Nombre Apellido

Street Address: \_\_\_\_\_  
Domicilio

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zona Postal

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Marital Status: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento Edad Sexo Estado Marital

Social Security: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Driver's License/ID Number: \_\_\_\_\_  
Seguro Social Numero de Licencia/ID

Employer: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_  
Compañía Teléfono de Trabajo

Email Address: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico Teléfono de la casa

Day Time Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_  
Teléfono durante el día Teléfono Celular

I authorize the office to contact me at:  Home  Work  Cell  Text  Email  
Autorizer a la oficina que se comunicué conmigo al:  Casa  Trabajo  Celular  Texto  Correo Electrónico

**SPOUSE INFORMATION / INSURANCE CARRIER Información de Seguro / Esposo, Esposa**

Name: \_\_\_\_\_ Social Security: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nombre Seguro Social

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento Compañía Teléfono de Trabajo

**EMERGENCY CONTACT (OTHER THAN SPOUSE) Alguien para notificar en caso de emergencia**

Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Domicilio Ciudad Estado Zona Postal

**MEDICARE PATIENTS Pacientes de Medicare**

Medicare Number: \_\_\_\_\_ Name on Card: \_\_\_\_\_  
Numero de Medicare Nombre en la Tarjeta

**OTHER INSURANCE CARRIERS Otros seguros medicos**

Name of Insurance: \_\_\_\_\_ Name of Insured: \_\_\_\_\_  
Nombre de Aseguranza Nombre de Asegurado

Policy Number: \_\_\_\_\_ Group Number: \_\_\_\_\_  
Numero de Póliza Numero De Grupo

Primary Care Physician (PCP): \_\_\_\_\_  
Doctor Primario

Relationship to Insured Relacion Asegurado  Self/Mismo  Spouse/Esposo  Child/Hijo  Other/Otro: \_\_\_\_\_

I authorize the release of any medical information necessary to process this claim and AUTHORIZE PAYMENT OF MEDICAL BENEFITS TO THE UNDERSIGNED PHYSICIAN FOR SERVICE.  
Yo autorizo que les den cualquier información necesaria para procesar este reclame y autorizo pago de Beneficios Medicos al Medico por los servicios.

PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE:

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente o Persona Autorizada

Relationship to Patient: \_\_\_\_\_  
Relación al Paciente



**CONTRATO FINANCIERO**

Nos comprometemos a proporcionar atención médica de calidad. Nuestra principal preocupación es que ha recibido de las necesidades de tratamiento adecuado y óptimo para su salud.

**ACUERDO FINANCIERO:** Las personas que firman este documento aceptan, ya sea que firme un representante o el mismo paciente, que como contra prestación por los servicios que se presentan al paciente, es responsable, como se estipula en este contrato, de pagar los copagos por los servicios, deducibles, cantidades de seguro estimado de instalación y cualquier saldo no considera un beneficio con cobertura de la póliza de seguro. Comprendo perfectamente que yo soy responsable de todos los inportes no cubiertos por mi seguro. También entiendo que en el caso de mi compañía de seguros no paga dentro de 45 días a partir de los servicios del día fueron facturados, soy responsable por el pago en su totalidad dentro de 60 días de notificación. Declaraciones mensuales se enviarán a los garantes para pacientes saldos. ( Abra una cuota de \$25.00 pro no cancelar su cita dentro de 24 horas).

**PAGO ES DEBIDO AL TIEMPO DE SERVICIO.** Medio aceptable de pago es efectivo, giro poatal, cheque, tarjeta de crédito o cheque personal (devuelto controles y detener pagos en cheques voluntad incurrir en un cargo de \$25.00 dólares). Procedimientos cosméticos deben pagarse en plena antes a la cirugía. Esta cantidad es sólo una estimación y está sujeta a cambios debido a los cambios en el régimen de tratamiento.

**ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES DEL SEGURO AUTORIZACIÓN AL LANZAMIENTO INFORMACIÓN –** en consideración de los servicios prestados, queda transferir y asignar a la instalación o médicos indicaban todos los derechos, título e intereses en cualquier pago debido me para servicios descritos como en la política o las políticas de seguro.

He presentado mi tarjeta de seguro y una identificación con fotografía y cedo todo derecho al pago en mi beneficio por los servicios médicos o quirúrgicos en dichas directivas a Northwest Eye Associates. Entiendo que soy responsable financiera-mente de los servicios del médico.

**PAGOS DE MEDICARE –** (certificación del paciente, autorización a la información de versión y solicitud de pago) certifica que la información dada por mí en la aplicación de pago bajo el título XVII de la ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de médico u otra información acerca de mí para liberar a la administración de Seguridad Social o sus intermediarios o compañías todo la información necesaria para esta o una reclamación de Medicare relacionada. Solicito que el pago de beneficios autorizados realizará en mi nombre.

**DEBEMOS DESTACAR QUE COMO UN PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICO, NUESTRA RELACIÓN ES CON USTEDES, NO SU COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

La persona que firma este documento certifica que es el paciente o que está debidamente autorizado por el paciente como agente general del paciente para ejecutar lo anterior y acepta sus términos.

\_\_\_\_\_  
Paciente, agente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo



1740 W. 27<sup>th</sup> Street, Suite 180  
Houston, TX 77008  
713-864-8652

### AVISO DEL MANEJO DE SU PRIVACIDAD

Estoy enterado de que bajo las reglas del "HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996" (HIPAA), tengo ciertos derechos con respecto a la protección de la privacidad de mi estado de salud. Acepto que esta información puede ser utilizada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y su seguimiento entre los múltiples proveedores de servicio de salud que puedan resultar involucrados en mi tratamiento, ya sea directa o indirectamente.
- Obtener pagos por parte de "terceras personas" que los realicen.
- Conducir las operaciones y procedimientos necesarios para el cuidado de mi salud, tales, como certificaciones medicas y estudios de calidad.

Recibí, leí y entendí su informe, el cual contiene una descripción mas completa de los usos y el acceso a mi información medica. Comprendo que esta organización tiene el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento y que puedo contractarlos en la dirección mostrada arriba para obtener una copia actualizada del informe del manejo de mi privacidad.

Tengo clari que debo de requerir por escrito que ustedes restrinjan la manera en que es utilizada y accesada la información con respecto a mi tratamiento, pagos o las operaciones que se realicen para el cuidado de mi salud. También comprendo que ustedes no están obligados a estar de acuerdo con las restricciones que yo requiero, pero si ustedes están de acuerdo, entonces ustedes quedan limitados a obedecer esas restricciones.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

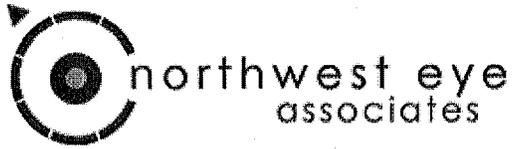
Fecha: \_\_\_\_\_

---

### OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so as documented below:

|       |           |         |
|-------|-----------|---------|
| Date: | Initials: | Reason: |
|-------|-----------|---------|



**"Our Mission...Your Vision"**  
**"Nuestra Mision...Su Vision"**

**Dora E. Cantú M.D.**  
board certified ophthalmologist  
diseases and surgery of the eye

**Becky J. Fredrickson M.D., Ph. D.**  
board certified ophthalmologist  
diseases and surgery of the eye

**Bao T. Hoang O.D.**  
therapeutic optometrist  
optometric glaucoma specialist

## **POLITICA DE REFRACCION**

La refracción nos ayuda a distinguir el problema de visión es causa de enfermedad de los ojos. Una refracción también es necesaria para demostrar al seguro la necesidad de cirugía de cataratas. Como se puede ver una refracción es una parte esencial de un examen ocular, sin embargo, Medicare y algunos, NO PAGAN este beneficio.

*Northwest Eye Associates* política de oficina es cobrar \$35.00 para realizar este procedimiento, además del co-pago por la visita o deducible. Esto es debido al tiempo que se prestan los servicios. A proyecto de ley su seguro de acuerdo a los horarios de tarifa contratada individuales. Sin embargo, si su seguro paga la cuota con mucho gusto le reembolsaremos algún crédito en su cuenta una vez que recibimos el aviso de su seguro.

NOTA: Esta tarifa es debida y se necesita pagarse aunque no les escriban una nueva prescripción para lentes. La tarifa cubre el tiempo y esfuerzo de médico del técnico en el logro de este proceso.

### **ACUSE DE RECIBO**

He leído la información anterior y comprendo que la refracción es un servicio no cubierto. Acepto responsabilidad financiera completa por el costo de este servicio. Los co-pagos y deducibles están separados y no incluidos en la cuota de refracción.

---

Firma del Paciente (padre de la menor)

---

Fecha

**1740 West 27<sup>th</sup> Street, Ste. 180, Houston, TX**  
**Office: 713-864-8652 Fax: 713-864-2865**  
**www.northwesteye.net**