



EYE CONSULTANTS  
OF TEXAS

Dear Valued Patient,

Your appointment at Eye Consultants of Texas is scheduled on \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ am/pm at our **Grapevine location.**

We have enclosed patient information sheets for you to complete prior to your appointment. Hopefully, this will help expedite your time in our office. **Please do not mail these forms back to us.**

Please bring the completed forms plus your insurance card(s) and driver's license with you to your appointment. A copy will be made and kept on file with our office in order to expedite insurance billing.

**Please be aware that both of your eyes may be dilated at your visit. The process for testing, diagnosing and treating your eye concerns can take up to 3 hours or more, so please plan accordingly.**

Our office policy states that co-payments and or deductibles are due at the time of your visit. If you do not have insurance to cover your visit, payment will be due at the time of your visit. We accept Visa, MasterCard, American Express and Discover.

We look forward to seeing you on your appointment day. If you have any questions, please feel free to contact our office at 817-410-2030 and we would be glad to answer them for you.

Sincerely,

The Eye Consultants of Texas Team



**REGISTRO DEL PACIENTE (PATIENT REGISTRATION)**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT INFORMATION)**

**Apellido** \_\_\_\_\_ **Nombre** \_\_\_\_\_ **Inicial del Segundo Nombre** \_\_\_\_\_  
*Last Name First Name Middle Initial*

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Estado Civil** \_\_\_\_\_ **Seguro Social** \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
*Date of Birth Age Marital Status Social Security # Male/Female*

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Apt #** \_\_\_\_\_  
*Address*

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico** \_\_\_\_\_  
*City State Zip Code Email*

**Teléfono de Casa** \_\_\_\_\_ **Teléfono de Celular #** \_\_\_\_\_ **Teléfono de Trabajo** \_\_\_\_\_  
*Home Phone # Cell Phone # Work #*

**Compañía de Trabajo** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_  
*Employer Name City State Zip Code*

**Raza** \_\_\_\_\_ **Etnicidad** \_\_\_\_\_  
*Race Ethnicity*

**Lengua de Preferencia Preferred Language** \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA (EMERGENCY CONTACT)**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_  
*Name Relationship Phone #*

**MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PRIMARY CARE PHYSICIAN)**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Dirección** \_\_\_\_\_  
*Name Address*

**FARMACIA (PHARMACY)**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Dirección** \_\_\_\_\_  
*Name Address*

¿TIENE UN OPTOMETRISTA?  SÍ  NO *Do you have an optometrist?*

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Dirección** \_\_\_\_\_  
*Name Address*

¿FUE REFERIDO POR SU OPTOMETRISTA? *Were you referred by your optometrist?*  SÍ  NO  N/A

SI NO, ¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? *If not, how did you hear about us?*

Referido por el Médico de Atención Primaria  Otro Paciente: \_\_\_\_\_  Sitio Web de Seguros  
*Referred by PCP Another Patient Insurance Website*

Revista/Modern Luxury  Revista/Southlake Style  Revista/Living  Revista/Society Life  
*Modern Luxury Magazine Southlake Style Magazine Living Magazine Society Life Magazine*

Búsqueda de Google  Radio Way FM  Redes Sociales: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_  
*Google Search Social Media Other*

**INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO (INSURANCE INFORMATION)**

**Seguro Primario** \_\_\_\_\_ **Número de Póliza** \_\_\_\_\_  
*Primary Insurance Policy #*

**Teléfono de su Seguro #** \_\_\_\_\_ **Número de Grupo** \_\_\_\_\_  
*Insurance Phone # Group #*

**Nombre y Fecha de Nacimiento del Suscriptor** \_\_\_\_\_  
*Subscriber Name and DOB*



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

Nombre Name: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento DOB: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario** \_\_\_\_\_ **Número de Póliza** \_\_\_\_\_

*Secondary Insurance*

*Policy #*

**Teléfono del Seguro #** \_\_\_\_\_ **Número de Grupo** \_\_\_\_\_

*Insurance Phone #*

*Group #*

**Nombre y Fecha de Nacimiento del Suscriptor** \_\_\_\_\_

*Subscriber Name and DOB*

## HISTORIA MEDICA (MEDICAL HISTORY)

**EL MOTIVO DE SU VISITA DE HOY** (*Reason for today's visit*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD DE LOS OJOS?** (glaucoma, degeneración macular, iritis, síndrome del ojo seco, etc.) *Have you been diagnosed with any eye diseases?*

NO  SÍ \_\_\_\_\_

**¿ALGUNA TRAUMA OCULAR ANTERIORMENTE?** *Any previous eye trauma?*

NO  SÍ \_\_\_\_\_

**¿USA LENTES DE CONTACTO?** *Do you wear contact lenses?*

NO  SÍ:  Blandas *Soft*  Duras *Hard* **Son sus lentes de contacto monovisión?**  SÍ  NO *Are your contacts monovisión?*

**GOTAS PARA LOS OJOS ACTUALES** *Current Eye Drops*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HISTORIA DEL CIRUGÍA OCULAR <i>HISTORY OF EYE SURGERY</i>		FECHAS <i>Dates</i>		CIRUJANO <i>Surgeon</i>
		Ojo Derecho <i>Right Eye</i>	Ojo Izquierdo <i>Left Eye</i>	
<b>Cirugía de Cataratas</b> <i>Cataract Surgery</i>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
<b>Cirugía de Cornea</b> <i>Cornea Surgery</i>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
<b>Cirugía de Glaucoma</b> <i>Glaucoma Surgery</i>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
<b>Cirugía Refractiva (LASIK, RK, PRK)</b> <i>Refractive Surgery</i>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
<b>Cirugía de Retina</b> <i>Retina Surgery</i>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
<b>Cirugía de Estrabismo</b> <i>Strabismus Surgery</i>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
<b>Cirugía de Vítreo</b> <i>Vitreous Surgery</i>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
<b>Otra</b> _____ <i>Other</i>				



**PROBLEMAS OCULARES ACTUALES** *CURRENT OCULAR PROBLEMS*

<b>Visión Borrosa</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Blurry Vision</i>	<b>Flotadores</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Floaters</i>	<b>Lagrimando</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Tearing</i>
<b>Visión Doble</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Double Vision</i>	<b>Dolor</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Pain</i>	<b>Enrojecimiento</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Redness</i>
<b>Luces Parpadeantes</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Flashing Lights</i>	<b>Pérdida de Visión</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Loss of Vision</i>	

**¿TIENES O HAS TENIDO ALGUNA VEZ?** *MEDICAL DIAGNOSES*

<b>AIDS / HIV</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Anemia</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Anemia Drepanocítica</b> <i>Sickle Cell Disease</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Angina de Pecho</b> <i>Chest Pain</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Ansiedad</b> <i>Anxiety</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Apnea del Sueño</b> <i>Sleep Apnea</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Apoplejía</b> <i>Anxiety</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Artritis</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Asma</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Ataque al Corazón</b> <i>Heart Attack</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Ataque Isquémico Transitorio</b> <i>TIA's</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Cálculos Renales</b> <i>Kidney Stones</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Cancer</b> (Tipo: _____)..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Coágulos de Sangre en Pierna o Pulmones</b> <i>Blood Clots of Legs or Lungs</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Colesterol Alto</b> <i>High Cholesterol</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Convulsiones</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Crohn's / SII</b> <i>IBS</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Demencia / Alzheimer's</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Depresión</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Desorden de Ánimo</b> <i>Depression</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Diabetes</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Insulina <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Año Diagnosticado <i>Year Diagnosed</i> _____ A1c _____ Fecha Date _____ <b>Diálisis</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Diverticulosis</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Enfermedad de la Arteria Coronaria</b> <i>Coronary Artery Disease</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Enfisema</b> <i>Emphysema</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>EPOC</b> <i>COPD</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Fibromialgia</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Gota</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Hemofilia</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Hepatitis</b> (Tipo: _____)..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Hipertiroidismo</b> <i>Hyperthyroidism</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Hipoglucemia</b> <i>Hypoglycemia</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Hipotiroidismo</b> <i>Hypothyroidism</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Insuficiencia Cardíaca</b> <i>CHF</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Insuficiencia Renal</b> <i>Renal Failure</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Latido del Corazón Irregular</b> <i>Irreg HR</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Leucemia</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Lesión Cerebral Traumática</b> <i>Brain Injury</i> .. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Lupus</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Marcapasos</b> <i>Pacemaker</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Mareo Recurrentes</b> <i>Vertigo</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Osteoporosis</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Presión Arterial Alta</b> <i>Hypertension</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Presión Arterial Baja</b> <i>Hypotension</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Problemas con la Anestesia</b> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Problemas de Audición</b> <i>Hearing Problems</i> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Problemas de Sinusitis</b> <i>Sinus Problems</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Reflujo Ácido</b> <i>Acid Reflux</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>Temblores</b> <i>Tremors</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>MUJERES: Embarazada</b> <i>Pregnant</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>MUJERES: Amamantamiento</b> <i>Breastfeeding</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>HOMBRES: Agrandamiento de la Próstata</b> <i>Enlarged Prostate</i> ..... <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--	---

Otro Other: \_\_\_\_\_

**¿TIENE ANTECEDENTES DE LO SIGUIENTE?** *Do you have a history of the following?*

**Herpes Simplex Virus / Herbeces**  SÍ  NO      **El Herpes Shingles**  SÍ  NO

**EN CASO AFIRMATIVO, ¿HA AFECTADO SUS OJOS O CUALQUIER ÁREA ALREDEDOR DE SUS OJOS?**  SÍ  NO

*If yes, has it affected your eyes or any area around your eyes?*



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

Nombre Name: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento DOB: \_\_\_\_\_

**VACUNAS Vaccines**

¿Ha sido vacunado contra la NEUMONÍA?  NO  SÍ, AÑO: \_\_\_\_\_ Have you been vaccinated against pneumonia?

¿Cuándo fue su última vacuna contra la INFLUENZA? AÑO: \_\_\_\_\_  N/A

Have you received the flu shot for this year's flu season?

**CIRUGÍAS MAYORES EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS Major surgeries in the last 10 years** \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES (incluya todas las vitaminas y suplementos con receta y sin receta que esté tomando) CURRENT MEDICATIONS**

Nombre del Medicamento <i>Medication Name</i>	Dosis y Frecuencia (e.g. 10 mg diario) <i>Dosage and Frequency</i>	Razón <i>Reason for Taking</i>

**¿ALGUNA VEZ HA TOMADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? Have you ever taken any of the following?**

- |   |   |
|---|---|
| Flomax (tamsulosin)* <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  | Rapaflo (silodosin) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| *se utiliza para aumentar el flujo de orina, NO ES FLONASE                    | Saw Palmetto <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO        |
| Cardura (doxazosin) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   | Jaylen <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO              |
| Uroxatral (alfuzosin) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Accutane <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO            |
| Hytrin (terazosin) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO    | Terapia Hormonal <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO    |

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS DRUG ALLERGIES  No Tengo Alergias a Medicamentos No allergies to medications**

Alergia Allergy	Reacción Reaction	Alergia Allergy	Reacción Reaction

**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR (incluya cualquier antecedente de enfermedad ocular) FAMILY MEDICAL HISTORY**

Ninguna None

<b>Abuelos Paternos</b> <i>Paternal Grandparents</i>	
<b>Abuelas Maternas</b> <i>Maternal Grandparents</i>	
<b>Padre</b> <i>Father</i>	
<b>Madre</b> <i>Mother</i>	
<b>Hermanos</b> <i>Siblings</i>	



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

Nombre Name: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento DOB: \_\_\_\_\_

HISTORIA SOCIAL SOCIAL HISTORY		
<b>FUMA</b> <i>Smoking</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Diariamente <i>Daily</i> ; __ cantidad <input type="checkbox"/> Ex Fumador <i>Former Smoker</i> <input type="checkbox"/> Dejó de fumar: __ <i>Quit</i>
		Tipo: <input type="checkbox"/> Cigarrillos <i>Cigarettes</i> <input type="checkbox"/> Cigarro <i>Cigar</i> <input type="checkbox"/> Pipa <i>Pipe</i> <input type="checkbox"/> Vaporizador <i>Vaporizer</i> <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>ALCOHOL</b>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Diariamente <i>Daily</i>
		Tipo: <input type="checkbox"/> Cerveza <i>Beer</i> <input type="checkbox"/> Vino <i>Wine</i> <input type="checkbox"/> Licor <i>Liquor</i> <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>DROGAS RECREATIVAS</b> <i>Recreational Drugs</i>	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Diariamente <i>Daily</i>
		Tipo: <input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> Pastillas Recetadas <i>RX Pills</i> <input type="checkbox"/> Anfetaminas <i>Amphetamines</i> <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Medicamentos Intravenosos <i>IV Medications</i> <input type="checkbox"/> Otras: _____
<b>AFICIONES</b> <i>Hobbies</i>	<input type="checkbox"/> Computadora <i>Computers</i> <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Coser/Artesanía <i>Sewing/Crafts</i> <input type="checkbox"/> Deportes <i>Sports</i> <input type="checkbox"/> Viajar <i>Travel</i> <input type="checkbox"/> Golf <input type="checkbox"/> Cazar <i>Hunting</i> <input type="checkbox"/> Leer <i>Reading</i> <input type="checkbox"/> Barajas <i>Cards</i> <input type="checkbox"/> Otros: _____	
<b>OCUPACIÓN</b>	<input type="checkbox"/> Jubilado <i>Retired</i> <input type="checkbox"/> Negocio <i>Business</i> <input type="checkbox"/> Atención Médica <i>Healthcare</i> <input type="checkbox"/> Oficina <i>Office Work</i> <input type="checkbox"/> Labor Manual <input type="checkbox"/> Profesor <i>Teacher</i> <input type="checkbox"/> Conductor/Piloto <i>Driver/Pilot</i> <input type="checkbox"/> Ingeniero <i>Engineer</i> <input type="checkbox"/> Otro: _____	

¿VIVE SOLO(A)?  SÍ  NO *Do you live alone?*

¿ESTÁ USTED EN RIESGO DE CAÍDAS?  SÍ  NO *Are you at risk for falls?*



## RECONOCIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DEL CENTRO

### PAGO

El pago se espera en el momento del servicio. Esto incluye copagos y/o deducibles si tramitamos el seguro por usted. Aceptamos dinero en efectivo, cheques y las tarjetas principales de crédito.

### REFERENCIAS

Si su plan de seguro requiere una remisión de su médico de atención primaria, **usted** es responsable de obtener una remisión **ANTES** de su cita. **Si no tiene una referencia, será necesario reprogramar su cita.**

### POLÍTICA DE REFRACCIÓN

**Algunos seguros no cubren la tarifa de refracción (\$50.00); esto se cobrará en el momento del servicio.** Si solicitamos un seguro que no sea Medicare y la refracción no es un beneficio cubierto, usted será responsable de pagar la tarifa (las refracciones se requieren anualmente).

### ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACTO

**Es política de ECT ver a los pacientes una vez al año para proporcionar una receta para lentes de contacto.** La tarifa para la adaptación de lentes de contacto blandos comienza en \$100.00. Esto incluye un par de lentes de contacto de prueba. La tarifa para la adaptación de lentes de contacto RGP comienza en \$200.00. Los lentes RGP deben pedirse y tienen un costo adicional (\$120 monofocales por lente, \$150 bifocales por lente). **Tenemos un inventario limitado de lentes de contacto en nuestra clínica. Nos complace referir a uno de los optometristas de nuestra red para una prueba de lentes de contacto.**

### PACIENTES EN SILLA DE RUEDAS

Si está en silla de ruedas, informe a nuestra oficina con anticipación para que podamos asegurarnos de tener la sala de examen más grande disponible a tiempo para su cita. También necesitamos saber si es capaz de levantarse de su silla brevemente para permitirnos realizar las pruebas y/o exámenes requeridos.

### CARGO DE REGISTROS MÉDICOS

Hay un cargo de \$25.00 por las copias de los expedientes médicos.

### POLÍTICA DE CHEQUES DEVUELTOS

Hay un cargo de \$35.00 por cheques devueltos.

### CITAS DE NO PRESENTACIÓN

Eye Consultants of Texas se reserva el derecho de facturarle por una cita perdida o "ausente" sin el aviso de cancelación correspondiente.

### REEMBOLSOS

Eye Consultants of Texas se esfuerza por cobrar el monto exacto adeudado por los pacientes. Sin embargo, en algunas ocasiones, los pacientes deberán recibir un reembolso. Los reembolsos se procesan para el pago dentro de los 30 días posteriores a la notificación del proveedor de seguros, el paciente o la explicación de los beneficios de que se debe un reembolso al paciente. Los reembolsos se emitirán según el motivo del reembolso y el método de pago. Si está relacionado con un sobrepago del seguro, los reembolsos generalmente se emiten mediante un cheque en papel y se envían por correo a la última dirección conocida del paciente en el archivo. Si está relacionado con un sobrepago por parte del paciente, los reembolsos generalmente se emiten en el mismo método en que se realizó el pago. Los reembolsos de tarjetas de crédito pueden tardar hasta 3 semanas en aparecer en la cuenta del paciente. Para los pagos de CareCredit, los reembolsos se procesarán a través de su portal de acuerdo con las pautas de CareCredit.

He leído y comprendo las políticas anteriores.

Nombre del Paciente (Letra de molde)

Firma del Paciente

Fecha



## FIRMA EN EL ARCHIVO, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, Y ACUERDO FINANCIERO

- MEDICARE:** Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre a Eye Consultants of Texas, por los servicios que me brindó Eye Consultants of Texas. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se realice el pago y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si se indica otro seguro de salud en el punto 9 del formulario CMS-1500 o en otro lugar de otros formularios de reclamación aprobados, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia indicada. Eye Consultants of Texas acepta la determinación del cargo de la aseguradora de Medicare como el cargo total, y yo soy responsable únicamente por el deducible, el coseguro y los servicios y/o artículos no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación de cargos del proveedor de Medicare.
- MEDIGAP:** Entiendo que si se indica una póliza de MediGap u otro seguro de salud en el punto 9 del formulario CMS-1500 o en otro lugar de otros formularios de reclamo aprobados, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia indicada. Solicito que el pago de los beneficios del seguro secundario autorizado se realice en mi nombre a Eye Consultants of Texas si es posible o, de lo contrario, a mí.
- DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Eye Consultants of Texas puede divulgar todo o parte de mi registro médico y/o libro contable, incluida la información sobre el abuso de alcohol o drogas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades transmisibles o VIH, a cualquier persona o corporación (1) que es o puede ser responsable o está bajo contrato con Eye Consultants of Texas por el reembolso de los servicios prestados, y (2) cualquier proveedor de atención médica por la atención continua del paciente. Eye Consultants of Texas también puede divulgar de forma anónima cualquier información relacionada con mi caso, que sea necesaria o apropiada para el avance de la ciencia médica, la educación médica, la investigación médica, para la recopilación de datos estadísticos o de conformidad con las leyes estatales o federales, los estatutos o regulación. Se puede usar una copia de esta autorización en lugar del original.
- OTRO SEGURO:** Entiendo que Eye Consultants of Texas mantiene una lista de planes de servicios de atención médica con los que tiene contrato. Una lista de dichos planes está disponible en la oficina comercial y que Eye Consultants of Texas no tiene contrato, explícito o implícito, con ningún plan que no aparezca en la lista. El abajo firmante acepta que estoy individualmente obligado a pagar los cargos completos de todos los artículos y/o servicios que Eye Consultants of Texas me brinde si pertenezco a un plan que no aparece en la lista mencionada anteriormente.
- SERVICIOS Y ARTÍCULOS NO CUBIERTOS:** Entiendo que los contratos de Eye Consultants of Texas con planes de servicios de atención médica (es decir, HMO, PPO) se relacionan solo con artículos y servicios que están cubiertos por los planes de servicios de atención médica. En consecuencia, el abajo firmante acepta la responsabilidad financiera total por todos los artículos o servicios que los planes de servicios de atención médica determinen que no están cubiertos. Los ejemplos de servicios no cubiertos incluyen, entre otros, servicios no especificados como cubiertos en el contrato del paciente con un plan de servicios de atención médica o en el resumen de beneficios que el plan de servicios de atención médica proporciona al paciente y tratamientos o pruebas no autorizados. por el plan de servicios de salud. El abajo firmante acepta cooperar con Eye Consultants of Texas para obtener las autorizaciones necesarias del plan de servicios de atención médica.
- ACUERDO FINANCIERO:** Acepto que, a cambio de los servicios prestados al paciente por Eye Consultants of Texas, pagaré mi cuenta en el momento en que se preste el servicio o haré arreglos financieros satisfactorios para Eye Consultants of Texas para el pago. Si se envía una cuenta a un abogado para el cobro, acepto pagar los gastos de cobro y los honorarios razonables del abogado según lo establecido por el tribunal y no por un jurado en cualquier acción judicial. Entiendo y acepto que si mi cuenta está morosa, se me pueden cobrar intereses a la tasa legal. Cualquier beneficio de cualquier tipo bajo cualquier póliza de seguro que asegure al paciente o cualquier otra parte responsable ante el paciente, se asigna a Eye Consultants of Texas. Si mi compañía de seguros o plan de salud designa copagos y/o deducibles, acepto pagarlos a Eye Consultants of Texas. Sin embargo, se entiende que el abajo firmante y/o el paciente son los principales responsables del pago de mi factura.

\_\_\_\_\_ **NO TENGO COBERTURA DE SEGURO. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE MI FACTURA.**

Nombre del Paciente (Letra de Molde)

Firma del Paciente

Fecha





## RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de ECT a partir del 28 de abril de 2020. Por la presente doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud protegida para los siguientes propósitos:

1. **TRATAMIENTO:** Será necesario compartir información de salud protegida con todos los miembros del equipo de tratamiento para fines de tratamiento. Esto puede incluir a los empleados de esta oficina, así como a otros proveedores (incluidos los médicos que lo están tratando actualmente).
2. **PAGO:** La información necesaria se compartirá con las fuentes de pago correspondientes y sus representantes para fines de pago, incluidos, entre otros, elegibilidad, determinación de beneficios y revisión de utilización. También será necesario que el personal de facturación, incluidos, entre otros, empleados, administradores de casos, representantes de reclamos, servicios de facturación de terceros o cámaras de compensación, tengan acceso a información de salud protegida para llevar a cabo sus funciones laborales.
3. **OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:** Se compartirá la información necesaria para las operaciones continuas de esta oficina. Algunos ejemplos incluyen, entre otros, la revisión por pares, la acreditación, los procesos de acreditación y el cumplimiento de todas las leyes federales y estatales. Entiendo que mi tratamiento puede estar condicionado a mi consentimiento. Este consentimiento se otorga libremente y entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, lo que se aplicará a las divulgaciones y usos posteriores a la fecha de revocación.
4. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Indique a continuación los nombres de las personas con las que autoriza a los miembros del personal de nuestra oficina a hablar sobre su información médica (ejemplo: su esposo/esposa o uno de sus padres):

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (Letra de Molde)

Firma del Paciente

Fecha



## DIVULGACIÓN DE MEDIOS SOCIALES

### Autorización Para el Uso o Divulgación de Imágenes Fotográficas y/o de Video del Paciente

**Autorización:**

Autorizo el uso y la divulgación de mi nombre, imágenes fotográficas/de video y/o testimonio con fines de mercadeo por parte de Eye Consultants of Texas / LoneStar Ambulatory Surgery Center. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y es posible que ya no esté protegida por las normas de privacidad de HIPAA.

**Objetivo:**

Las imágenes fotográficas, de video y/o testimoniales se utilizarán para: Redes sociales y/o Publicidad.

**Revocabilidad:**

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero dicha revocación debe ser por escrito. La revocación afecta la divulgación en el futuro y no es retroactiva. Esta autorización vence 99 años después de la fecha de su firma.

**Sin Condiciones de Tratamiento:**

Entiendo que la práctica no puede condicionar el tratamiento sin su firma o su autorización.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente (Letra de Molde)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

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



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo que se divulgue la siguiente información de salud protegida del registro médico de:

Nombre del Paciente *Patient Name*: \_\_\_\_\_

FDN *DOB*: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección *Address*: \_\_\_\_\_

### REGISTROS QUE SE PUBLICARÁN:

- DE: EYE CONSULTANTS OF TEXAS
- PARA: 2201 Westgate Plaza  
Grapevine, Texas 76051  
Fax: 817-251-6261  
Teléfono: 817-410-2030

### REGISTROS QUE SE PUBLICARÁN:

- DE: \_\_\_\_\_
- PARA: Nombre del Práctica/Médico *Name of Practice/Physician*  
\_\_\_\_\_  
Dirección *Address*  
\_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:

- Todos los Registros *Complete Medical Record*
- Notas Clinicas *Examination Notes*
- Informes de Laboratorio *Labs*
- Pruebas de Diagnóstico *Diagnostic Testing*
- Autorización Quirúrgica *Surgical Testing*
- Otra Información:

### FECHAS DE SERVICIO:

Desde *From*: \_\_\_\_\_ Hasta *To*: \_\_\_\_\_

### OBJETIVO:

- Continuar con el Tratamiento Médico *Continuing Care*
- Cambio de Médico *Change of Doctor/Provider*
- El Seguro *Insurance*
- La Discapacidad *Disability Determination*
- Otro: \_\_\_\_\_
- Referencia a un Especialista *Referral to a Specialist*
- Uso Personal *Personal use*
- Compensación de Trabajadores *Workers Comp*
- Asuntos Legales *Legal*

### Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a Eye Consultants of Texas. Soy consciente de que mi revocación no es efectiva en la medida en que las personas a las que he autorizado a usar y/o divulgar mi información de salud hayan actuado confiando en esta autorización.
- ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ EN EFECTO HASTA QUE YO LA REVOQUE POR ESCRITO.
- De acuerdo con las leyes estatales y/o federales aplicables (Ley de práctica médica de Texas o Ley HIPAA), se podría volver a divulgar los registros recibidos de otro médico u otro proveedor de atención médica involucrado en mi atención o tratamiento.
- El centro, sus empleados y los proveedores de atención médica contratados están exentos de responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente.
- Puede haber un cargo por proporcionar copias de mis registros médicos según lo permitido por la ley federal y estatal.

Firma del Paciente

Fecha