

Ophthalmology Specialist of Texas, PLLC.
dba West Texas Retina Consultants/ North Texas Retina Consultants

HOJA DE INFORMACION DEL PACIENTE

Primer Nombre: _____ MI: ____ Apellido: _____ Fecha de hoy: _____

Dirección de correo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Estado civil: _____ Numero de seguro social: _____

Raza: _____ Idioma: _____ Correo electrónico: _____

Recibir recordatorios de citas a través de: **CORREO ELECTRONICO** **DE TEXTO** **LLAMADA TELEFONICA**

Empleado: **Y** **N** **A** Tiempo Completo **A** Tiempo Parcial **Auto** **Jubilado** **Military Occupation**: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO
Comercial **Medicaid** **Medicare** **Sin seguro**

Compañía Aseguradora: _____ ID#: _____ GROUP# _____

Nombre y apellidos del Asegurado: _____ **DOB:** _____ **SSN#** _____

Relación con el paciente: Yo __ Cónyuge __ Niño __

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO: **TENGA EN CUENTA QUE NO ACEPTAMOS RETRO ACTIVE MEDICAID**

Nombre y apellidos del Asegurado: _____ **DOB:** _____ **SSN#** _____

Relación con el paciente: Yo __ Cónyuge __ Niño __

Preferencia de Farmacia: _____ **La Ciudad:** _____ **Teléfono:** _____

Contacto de Emergencia: _____ **Relación:** _____

Teléfono: _____ **Dirección:** _____

REFERIDO POR: _____ **MEDICO DE FAMILIA:** _____
Nombre: _____ City _____ Nombre del medico: _____ City: _____

POR FAVOR, LEA Y FIRME ABAJO

Autorizo el médico y el personal de *Especialistas en Oftalmología de Tejas* para realizar los procedimientos necesarios para evaluar y diagnosticar correctamente mi condición y dichos tratamientos como prescritos por mis médicos que asisten durante cualquier visita a OST, comprendo que soy financieramente responsable de todos los cargos derivados de servicios prestados por OST.

Firma: _____ Fecha: _____

OST Doctor _____
History Reviewed by: _____ M.D. _____ Date

Ophthalmology Specialist of Texas, PLLC.
dba West Texas Retina Consultants/ North Texas Retina Consultants

DIVULGACION DE INFORMACION:

Autorizo a *Especialistas en Oftalmología de Tejas* para liberar cualquier información relativa a mi cuidado a fin de reclamaciones a Federal, Estado, ciudad o localidad, los organismos gubernamentales, terceros pagadores de todas las categorías, médicos y hospitales.

Yo permito que una copia de esta autorización para estar en el lugar de la original.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

O

Firma de otra

Persona Responsable: _____ Fecha: _____

LA ASIGNACION DE BENEFICIOS:

Acepto pagar los cargos establecidos por servicios y todos los otros cargos incurridos como un paciente de *Especialistas en Oftalmología de Tejas*.

Autorizo pago directamente a OST, el grupo Hospital prestaciones o beneficios de seguros, incluyendo Medicare, aquí especificado lo contrario pagar a mí, pero no debe exceder los gastos regulares para este periodo de admisión. Entiendo que soy financieramente responsable a OST cambios no cubiertos por la presente autorización

Voy a cooperar en la búsqueda, recogida, y pagando a OST, seguro todo procede. Si los ingresos de seguros no pueden ser pagados directamente a OST, estoy de acuerdo recoger el pago y pagar a OST con 5 cinco días de la recepción. A menos que se han adoptado disposiciones anteriores sobre el pago a OST.

Yo permito que una copia de esta autorización para estar en el lugar de la original.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

O

Firma de otra

Persona Responsable: _____ Fecha: _____

Los siguientes nombres son de personas que me gustaría participar en o tener acceso a mi información protegida de la salud de manera rutinaria. Doy permiso para que especialistas en oftalmología de Texas para compartir mi información de salud protegida con (sin incluir otros consultorios médicos):

Nombre Relación/ Teléfono

Nombre Relación/ Teléfono

Nombre Relación/ Teléfono

Nombre Relación/ Teléfono

OVER