



Dr. Lewis J. Frazee, M.D. - Dr. Ellen Ngo, M.D. - Dr. James Passmore, M.D.

Información para el paciente

Gracias por elegir el Norte de Texas Eye Center. Con el fin de servirle adecuadamente, necesitamos la siguiente información. Por favor, imprimir de forma legible. Toda la información será confidencial.

Fecha _____ Nombre _____

NSS _____ DOB _____ Hombre Mujer

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Podemos dejar mensajes en el buzón de voz? _____

Dirección de correo electrónico _____

Podemos correo electrónico correspondencia médica? _____

Menor Solo Casado Viudo Otros

Idioma principal _____ Raza _____

Origen étnico: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Contacto de emergencia _____ Relación contigo _____

Dirección _____ Teléfono # _____

Médico de Atención Primaria _____

Quién lo refirió a nosotros _____



Dr. Lewis J. Frazee, M.D. - Dr. Ellen Ngo, M.D. - Dr. James Passmore, M.D.

PARTE RESPONSABLE

Persona responsable de esta cuenta, si no es paciente _____

Relación al paciente _____ Dirección Si diferente la pacientes _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

INFORMACION SOBRE SEGUROS

Seguro primario _____

Nombre del asegurado _____ Relación al paciente _____

DOB _____ NSS _____ Número de grupo _____

El seguro secundario _____

Nombre del asegurado _____ Relación al paciente _____

DOB _____ NSS _____ Número de grupo _____

Seguros de visión _____

Nombre del asegurado _____ Relación al paciente _____

DOB _____ NSS _____ Número de grupo _____



Dr. Lewis J. Frazee, M.D. - Dr. Ellen Ngo, M.D. - Dr. James Passmore, M.D.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACION
DE INFORMACION SOBRE LA SALUD**

Cumplo con permiso del norte de Texas Centro Ocular para liberar y proporcionar todos los datos médicos y financieros relacionados con mi médico que pueda ser necesario ahora o en el futuro para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud y ayudar a la ayuda en, o facilitar la recopilación de datos para los fines de revisión de utilización, el aseguramiento de la calidad o los resultados médicos con fines de evaluación. Dicha información podrá darse a conocer a los miembros de la familia, cuidadores, compañías de seguros, las HMOs y PPOs, organizaciones de atención administrada, IPAs, Medicare/Medicaid, u otras entidades gubernamentales o terceros pagadores, o cualquier otras organizaciones contratar con cualquiera de las entidades mencionadas para realizar dichas funciones.

Usted tiene derecho a solicitar que esta oficina pueda restringir los usos y divulgaciones de su información de salud; sin embargo, esta oficina no se requiere a concordar a una restricción solicitada. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en que esta oficina ya ha tomado medidas en la dependencia de ese consentimiento. Su tratamiento por esta oficina está condicionada a que la firma de este acuerdo.

Firma: _____ **Fecha:** ____/____/____



Dr. Lewis J. Frazee, M.D. - Dr. Ellen Ngo, M.D. - Dr. James Passmore, M.D.

**LOS INDIVIDUOS DESIGNADOS FORMULARIO LANZAMIENTO
(Formulario de liberación de HIPAA)**

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

La liberación de información

Autorizo la liberación de información, incluyendo el diagnóstico, registros, examen que me prestaron e información de reclamaciones. Esta información puede ser divulgada a:

- Cónyuge _____
- Niño(s) _____
- Otros _____

La información no es para ser liberados a nadie.

Esta versión de la información permanecerá en vigor hasta su rescisión por mí en la escritura.

Mensajes

Llame mi casa mi trabajo mi numero de celular: _____

Si no puede llegar a mí:

- Usted puede dejar un mensaje detallado
- Por favor, deje un mensaje que me pide que devuelva la llamada
- _____

La mejor hora para localizarme es (dia) _____ Entre (tiempo) _____

Firma: _____ **Fecha:** ____/____/____

LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Reconociendo la necesidad de que los pacientes entiendan lo que se espera en cuanto al pago de los servicios médicos, hemos establecido nuestra política financiera. Algunos de estos elementos son requeridos por la ley. Nuestro objetivo es seguir siendo sensible a las necesidades de nuestros pacientes, además de proporcionar atención médica de calidad, y le animamos a ponerse en contacto con nuestra oficina si surgiera algún problema con respecto a su cuenta.

- 1. Todos los co-pagos, co-seguro requerido por su compañía de seguros debe ser pagado en el momento en que se presten los servicios.** Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas Visa, MasterCard, Discover y American Express. Hay un cargo por servicio de \$25.00 En todos los cheques devueltos. Después de recibir un cheque devuelto, North Texas Eye Center sólo aceptan dinero en efectivo, giro postal o tarjeta de crédito.
- 2. Es la responsabilidad del paciente a ser conscientes de los beneficios del contrato de su compañía de seguro o cualquier co-pago, deducible o remisión obligación.** Si su seguro requiere referencias para beneficios completos a ser pagado, es su responsabilidad verificar que las referencias estén en su lugar antes de su visita. Además, renuncian a toda indemnización de esta responsabilidad que podrían otorgarse a mí por mi de las compañías de seguros. En consecuencia, me comprometo a pagar todos los cargos no cubiertos por mis compañías de seguros relativos a ausente, incorrecta, inadecuada, caducados o de otra manera inaceptable remisiones. Entiendo que soy responsable por el pago de honorarios por cualquier prueba especializada solicitada por mi médico para fines de diagnóstico si mi Medicare o compañía de seguro le niega el pago de dicha prueba de diagnóstico para cualquier razón.
- 3. Nuestras instalaciones de archivo tanto de primaria como de secundaria de reclamaciones de seguros por los servicios médicos prestados.** Las reclamaciones por un tercer contrato de seguro no será presentada a menos que sea requerido por nuestro contrato con el transportista. No podemos presentar reclamaciones correctamente sin información precisa de usted. Comprobante de seguro deberá presentarse en cada visita. Entiendo que al firmar este formulario que estoy solicitando mi compañía de seguros para pagar las reclamaciones directamente a esta oficina.
- 4. Si usted no tiene seguro,** se espera el pago completo en el momento de servicio a menos que arreglos financieros han sido realizados previamente con nuestro departamento de facturación.



Dr. Lewis J. Frazee, M.D. - Dr. Ellen Ngo, M.D. - Dr. James Passmore, M.D.

5. **Usted recibirá un extracto de nuestra oficina dentro de los 45 días de su compañía de seguro de la respuesta.** Si usted no está satisfecho con su pago, por favor póngase en contacto con su compañía de seguros. El pago de la porción del paciente del equilibrio es debido a la recepción de la declaración. El incumplimiento puede dar lugar a la participación de una agencia de cobranza. La única excepción a esta política son las HMOs y PPOs donde salvo para los deducibles y co-pagos, cobro de saldo está prohibida.
6. **Somos los proveedores participantes de Medicare.** Esto significa que debemos aceptar Medicare está permitido cobrar por los servicios prestados. Medicare paga el 80% de la cantidad aprobada. El paciente es responsable por el 20% restante, además de cualquier fuera-de-bolsillo deducible. Vamos a escribir sobre la diferencia entre lo que cobramos y lo que Medicare aprueba. Si usted tiene seguro secundario, vamos a presentar la reclamación por el saldo restante después de Medicare ha pagado. Por favor recuerde que a pesar de que aceptamos la asignación para Medicare, el paciente, por ley federal, es responsable de cualquier parte de la cantidad aprobada por Medicare no paga o una compañía de seguros secundarias.
7. **La responsabilidad por el pago de los servicios prestados a los hijos de padres separados o divorciados descansa con el padre que busca tratamiento.** Cualquier tribunal ordenó el juicio debe estar entre las personas involucradas, sin incluir en nuestras instalaciones.
8. **En el improbable caso de que su pago es devuelto a nosotros no remunerado,** podemos optar por re-presentar su pago, ya sea electrónicamente o en papel borrador, a su institución financiera hasta dos veces más. Podemos también recoger una carga de procesamiento de regreso por los mismos medios, por un monto que no exceda la permitida por la ley estatal.
9. **Ofrecemos servicios de lentes de contacto.** Tengo entendido que con el fin de obtener una prescripción de lentes de contacto con un examen ocular de rutina que requieren un adaptador de lentes de contacto. Entiendo que hay un cargo adicional por los lentes de contacto. Por otra parte, entiendo que debo mantener el estuche en el que mis lentes de contacto se me entregó. Los médicos Frazee, Passmore y ONG no puede devolver las lentes defectuosas sin él. Obligación financiera para lentes ordenó se inicia en el momento de realizar el pedido.

Esperamos que esta información le resulte útil. Si tiene preguntas, póngase en contacto con nuestro personal de facturación al (972) 867-7777 opción 7

Firma: _____ **Fecha:** ____/____/____



Dr. Lewis J. Frazee, M.D. - Dr. Ellen Ngo, M.D. - Dr. James Passmore, M.D.

ALERGIAS Y MEDICAMENTOS

Alergias a medicamentos (Incluir el nombre del medicamento y la reacción que tiene a esa medicación): _____

Por favor traiga una lista de todos los medicamentos y las dosis con usted a su cita.

Medicación:

Medicación	Fuerza	Cómo adoptadas	Frecuencia	Última tomada



PASADO OJO HISTORIA:

¿Tiene Ud.	NO	(Y) OJO DERECHO	(Y) OJO IZQUIERDO	COMENTARIOS
Distancia gafas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gafas de lectura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
bifocales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ojo perezoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
La pérdida de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolor ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Descargar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Flotadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Destellos de luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

HA SIDO USTED ALGUNA VEZ DIJO:

	NO	(Y) OJO DERECHO	(Y) OJO IZQUIERDO	COMENTARIOS
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cirugía-Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cirugía-Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cirugía-Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

CONSUMO DE ALCOHOL:

Nada	<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	2 por día	<input type="checkbox"/>
Socialmente	<input type="checkbox"/>	1 por día	<input type="checkbox"/>	+2 por día	<input type="checkbox"/>

CONSUMO DE TABACO:

- No usuarios de tabaco actual
 - Fumador de tabaco actual
 - Tabaco tabaco no fumado usuario actual (eg. chew, snuff, vapor)
- Si fuma, historia de tabaquismo es: _____ Paquetes por día durante cuánto tiempo _____



GENERAL MEDICAL HISTORY:

	SI	NOTAS
Paciente niega cualquier historia de afecciones o enfermedades.	<input type="checkbox"/>	_____

CARDIOVASCULARES

Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/>	_____
El colesterol	<input type="checkbox"/>	_____
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la válvula cardíaca	<input type="checkbox"/>	_____
La hipertensión	<input type="checkbox"/>	_____
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	_____
Otros enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	_____

DERMATOLOGICAS

Formación de queloides	<input type="checkbox"/>	_____
Las tejas	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer de piel	<input type="checkbox"/>	_____
Otras enfermedades dermatológicas	<input type="checkbox"/>	_____

GASTROINTESTINALES

El cáncer de colon	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	_____
Sangrado GI	<input type="checkbox"/>	_____
La colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	_____
Otros gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	_____

GENITOURINARIOS

Agrandamiento de la próstata	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	_____
Otros genitourinarios	<input type="checkbox"/>	_____

HEMATOLOGICAS

La anemia	<input type="checkbox"/>	_____
Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/>	_____
Los coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	_____
Leucemia	<input type="checkbox"/>	_____
Sickle cell	<input type="checkbox"/>	_____
Otros hematologicas	<input type="checkbox"/>	_____



	SI	NOTAS
<u>ENFERMEDADES INFECCIOSAS</u>		
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	_____
HIV	<input type="checkbox"/>	_____
MRSA	<input type="checkbox"/>	_____
La Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	_____
Otras enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/>	_____
<u>METABOLICOS/ENDOCRINE</u>		
Diabetes tipo I	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes tipo II	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	_____
Otros metabolicos/endocrine	<input type="checkbox"/>	_____
<u>MUSCULOESQUELETICOS</u>		
La gota	<input type="checkbox"/>	_____
La osteoartritis	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	_____
Otros musculoeskeletal	<input type="checkbox"/>	_____
<u>NEUROLOGICAL</u>		
Demencia	<input type="checkbox"/>	_____
Las migrañas	<input type="checkbox"/>	_____
Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	_____
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	_____
Traza	<input type="checkbox"/>	_____
Otros neurological	<input type="checkbox"/>	_____
<u>PULMONARY</u>		
El asma	<input type="checkbox"/>	_____
COPD	<input type="checkbox"/>	_____
El cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/>	_____
Sacroid	<input type="checkbox"/>	_____
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	_____
Otros enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	_____
<u>PSIQUIATRIA</u>		
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	_____
Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	_____
Depresión	<input type="checkbox"/>	_____
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	_____
Otros psiquiatria	<input type="checkbox"/>	_____



NTEC
NORTH TEXAS
EYE CENTER

Dr. Lewis J. Frazee, M.D. - Dr. Ellen Ngo, M.D. - Dr. James Passmore, M.D.

	SI	NOTAS
<u>LA SALUD DE LA MUJER</u>		
El cáncer de mama	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/>	_____
Otros la salud de la mujer	<input type="checkbox"/>	_____

Pasado historial quirúrgico:

	LOS DETALLES DE LA CIRUGIA	FECHA
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____
10.	_____	_____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

	PADRE	MADRE	GEMELOS	COMENTARIOS
El cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
La diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
enfermedad de Alzheimer's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desconocida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
No hay antecedentes familiares significativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____