

PATIENT REGISTRATION FORM

Aesthetic, Facial and Oculoplastic Surgeons
1314 E. Sonterra Blvd, Suite 5104
San Antonio, Tx 78258



Información Demográfica

Nombre de paciente: _____ Fecha: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 #de Casa: _____ #de Trabajo: _____ # de Celular: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____ Género: _____
 Raza: Indio Americano Asiático Negro (Afroamericano) Hawaiano (Pacífico Islandés) Hispano Blanco
 Correo electrónico: _____
 Nombre del empleador: _____ Ocupación: _____
 ¿Quién es su médico de atención primaria? _____ # de teléfono: _____
 Doctor de los Ojos: _____ # de teléfono: _____
 Dermatólogo: _____ # de teléfono: _____

Farmacia (A donde podemos mandar su receta?)

Farmacia de preferencia? _____ # de teléfono: _____
 Ubicación _____

Como Escucho de nuestra clínica?

Advertisement Dr. Referral: _____
 Website Familia: _____
 Otro: Amistad: _____

Servicios ofrecidos en Clínica

Cuál es la razón de su visita?
 Servicios Adicionales de cual me gustaría más información:
 Para Reducir Líneas y Arrugas Procedimientos Cosméticos: Laser Skin Treatments
 Aumento para Labios - Levantamiento de cara Productos para la piel: ZO Productos
 Reducir la papada - Barbilla/ Cuello Tratamientos de cara: Pelas de piel

Contacto de emergencia

Nombre: _____ # de teléfono: _____ Relación: _____

Seguro Primario (Información Prohibida tiene que responder a la carta de seguridad)

Nombre: _____ # de Póliza: _____ Grupo: _____
 Nombre del tomador del seguro: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Seguro secundario (Información Prohibida tiene que responder a la carta de seguridad)

Nombre: _____ # de Póliza: _____ Grupo: _____
 Nombre del tomador del seguro: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

PATIENT REGISTRATION FORM

Aesthetic, Facial and Oculoplastic Surgeons
1314 E. Sonterra Blvd, Suite 5104
San Antonio, Tx 78258



Sección IV : Historia Social

- 1. Usted fuma? Sí No
- 2. Se ha caído 2 o más en los últimos 12 meses? Sí No
- 3. Se ha caído con lastimadura en los últimos 12 meses? Sí No
- 4. A recibido vacuna de influenza, este tiempo de flu: 10/19 - 3/20? Sí No
- 5. A recibido vacuna de neumonía? Sí No
- 6. Bebe Alcohol? Nunca Ocasional Daario
- 7. Tiene hijo/as? Sí # _____ No

Sección V: Historia de Parientes

¿Algún de sus parientes cercanos tienen o han tenido?	SÍ	NO	Relación a su Relativo/a
1. Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Tendencia de desangrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Otro: _____			_____

Sección VI: Historia de Cirugía y Anestesia

1. Circule: Las cirugías que aplican o NINGUNO

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apéndice | <input type="checkbox"/> Corazon | <input type="checkbox"/> Hígado | <input type="checkbox"/> Piel |
| <input type="checkbox"/> Vejiga | <input type="checkbox"/> Angioplastia/Stent | <input type="checkbox"/> Ovarios Removido: | - <input type="checkbox"/> Carcinoma Célula Basal |
| <input type="checkbox"/> Senos | <input type="checkbox"/> Bypass | - <input type="checkbox"/> Endometriosis | - <input type="checkbox"/> Carcinoma Célula Squamous |
| <input type="checkbox"/> Biopsia | <input type="checkbox"/> Trasplanté | - <input type="checkbox"/> Quiste | - <input type="checkbox"/> Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Lumpectomy | <input type="checkbox"/> Válvula Remplazada | - <input type="checkbox"/> Cancer Ovario | - <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mastectomía | <input type="checkbox"/> Remplazamiento de Coyunturas | - <input type="checkbox"/> Ligadura de tubos | <input type="checkbox"/> Bazo |
| <input type="checkbox"/> Colon | <input type="checkbox"/> Cadera | <input type="checkbox"/> Pancreas | <input type="checkbox"/> Testículos |
| <input type="checkbox"/> Cancer Resección de Colon | <input type="checkbox"/> Rodilla | <input type="checkbox"/> Protesté | <input type="checkbox"/> Utero |
| <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Riñones | - <input type="checkbox"/> Cancer Protesté | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamación Intest | <input type="checkbox"/> Removidos | - <input type="checkbox"/> TURP | - <input type="checkbox"/> Fibroids |
| <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Removido Piedras | <input type="checkbox"/> Recto | - <input type="checkbox"/> Cancer Utero |
| | <input type="checkbox"/> Trasplanté | | - <input type="checkbox"/> Cancer Cervical |

2. Cirugías de los ojos: incluya MM/YY:

- | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enucleación | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: | <input type="checkbox"/> LASIK | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: |
| <input type="checkbox"/> Parparos | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: | <input type="checkbox"/> CirugíaOrbital | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: |
| <input type="checkbox"/> Catarata | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: | <input type="checkbox"/> Retina | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: | <input type="checkbox"/> Estrabismo | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: |

Otras Cirugías de los ojos (no indicados arriba), incluya MM/YY:

3. Usted o un familiar de sangre a tenido complicaciones de anestesia de algún tipo? Yes No

Sección VII: Lista las personas con quien podamos discutir su información médica.:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Cualquier comentario /# de teléfono

Nombre del Paciente:	<PersonalInfo.FullName>	Fecha de nacimiento del paciente:	<PersonalInfo.DOB>
----------------------	-------------------------	-----------------------------------	--------------------

Consent Statements

1. Yo, el paciente abajo firmante o guardián legal del paciente, doy mi consentimiento informado y voluntario a Aesthetic, Facial and Oculoplastic Surgeons, a.k.a. Eyeplastx para que tomen fotografías y/o video del paciente nombrado para pre-operativo, intra-operativo, y post-operativo. Yo entiendo:
 - estas fotografías y/ o videos serán utilizados para enseñar el proceso de las transformaciones al público general en cuales incluyen pacientes actuales y a pacientes futuros,
 - estas fotografías y/ o videos serán utilizados para médico y fines de marketing que incluyen, pero no limitados a, revistas médicas, folletos, diseño de web, and publicidad,
 - no información identificativa será usada, incluyendo nombres, fechas de nacimiento, direcciones, o números de teléfono,
 - Cual quiera y toda fotografía tomadas serán solamente propiedad de Aesthetic, Facial and Oculoplastic Surgeons,
 - Esta autorización es completamente voluntaria

2. Yo, el paciente abajo firmante o guardián legal del paciente, doy mi consentimiento informado y voluntario para el uso y divulgación de información privada de salud para tratamiento, pago o operaciones de cuidado de la salud. Entiendo que como parte de mi salud, Aesthetic, Facial and Oculoplastic Surgeons, a.k.a. Eyeplastx cirugía origina y mantiene el papel y o registros electrónicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de examen y prueba, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Entiendo que esto sirve como:
 - Una base para la planificación de mi cuidado y tratamiento.
 - Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado.
 - Una fuente de información para la aplicación de mi diagnóstico y quirúrgico información a mi cuenta.
 - Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar Servicios facturados fueron proporcionadas y
 - Una herramienta para la asistencia sanitaria ordinaria como la evaluación de la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud.

Si fuera necesario revelar mi información protegida a otra entidad para los fines mencionados, consentimiento para tal divulgación para éstos permiten usos, incluyendo la divulgación vía fax y transcripción.

He leído, revisado y aceptado cada uno de las declaraciones de consentimientos de cuales me han informado anteriormente.

Firma del/a Paciente/ Guardián Legal del Paciente	Firma del/a Paciente/ Guardián Legal del Paciente	Fecha
---	---	-------

Declaración de Póliza de Oficina

1. Su Contrato de seguridad es entre usted y su seguridad, su empleador y su compañía de seguridad. Nosotros NO somos parte de su contrato. Nuestra relación con usted, es de proveedor de salud para usted, no de su compañía de seguridad. Nosotros no nos podemos involucrar en disputas entre usted y su compañía de seguridad sobre cargos "Habitual y acostumbrados". Nuestro involucramiento será limitado solo para abastecimiento de información factual para facilitar el proceso de su reclamación de cobros.
2. Todos los cargos son su responsabilidad aunque pague o no pague su seguridad. No todos los servicios son beneficios cubiertos en su plan médico. Unas compañías de seguridad arbitrariamente seleccionan ciertos servicios que no cubren. Es la responsabilidad del/a paciente entender que es cubierto por su plan médico.
3. Cobros por servicios, y deducibles no pagados por completo y co-pagos son colectados al tiempo de servicio. Aceptemos efectivo, Visa, Master Card y Discover. Pacientes con balances pendientes tienen que tener arreglos de pagos para recibir más servicios. El/La paciente incurriera un cargo de \$35.00 por un cheque regresado por fondos insuficientes.
4. Todo paciente será considerado Pago por sí mismo si cual quiera condición siguiente existe:
 - a. Su seguridad no puede ser verificada
 - b. La seguridad ensena que el paciente no es inelegible
 - c. Si existe problema de coordinación de beneficios con la seguridad
5. Pacientes deberán de notificar prontamente nuestra oficina de cual quiere cambios en cubrimiento de seguridad, dirección de casa, nombre legal, o doctor referente.
6. Pacientes que falten sin avisar o cancelar a sus citas antes de 48 horas serán cobrados \$100. Cuando un paciente falta o cancela al último momento previene a otros pacientes que hagan cita en ese tiempo y afecta la calidad de cuidado que podemos ofrecerles. Cancelación de Citas dejadas en correo de voz no serán consideradas válidas y la cita perdida será marcada y cobrada como no-show. Estos cobros serán cobradas a la tarjeta crédito/debito que ténganos en archivo.
7. Pacientes que falten a su cita o tratamiento programado sin llamar para cancelar serán marcada CITA PERDIDA. Pacientes que tengan CITA PERDIDA dos (2) o más veces en un periodo de 12 meses, serán suspendidos de nuestra práctica y negados citas futuras.
8. Cancelación de Citas de Cirugía se requiere aviso por adelantado por lo menos siete (7) días de negocio, sin notificación el paciente será cobrado \$500.00.
9. Cobros de Registros médicos:
 - a. Registros médicos: De Doctor a Doctor : No Cobro
 - b. Registros médicos: Pedido por paciente: \$25.00 por las primeras 25 páginas; \$0.50 más por cada hoja adicional.
 - c. Registries medicos: Attorney's Legal Matters, Insurance, etc.: \$50.00 plus handling charges
 - d. Formas FMLA/discapacidad que fueren llenados: \$25.00
 - e. Pago para estos servicios serán cobrados antes de entregarse/ser mandados.
10. Yo, el paciente abajo firmante o guardián legal del paciente, autorizo a Aesthetic, Facial and Oculoplastic Surgeons, a.k.a. Eyeplastx que guarden mi tarjeta de crédito/debito para cargar co-pagos, balances de cuales yo soy responsable después que se apliquen cual quier pagos que mande mi seguridad, (hasta \$100.00), Y como de acuerdo y entendido citas marcadas pérdidas o cancelación sin aviso o citas canceladas en menos del tiempo pedido para la cirugía, igual cual quier cargo cosmético, o cargos aplicados a mi cuenta por Fondos insuficientes. (de cuales me informaron anteriormente).
11. Cual quier balance de paciente que lleve pasado más de 60 días recibirá un cobro y/o llamado para colector o a ser arreglos. Cual quier cuenta más de 120 días, nuestro negocio reserve el derecho de mandar su balance a una agencia de colección.
12. Yo, el paciente abajo firmante o guardián legal del paciente, autorizo a Aesthetic, Facial and Oculoplastic Surgeons, a.k.a. Eyeplastx que lancen toda la información necesaria para asegurar el pago para los beneficios de seguridad. Yo autorizo el uso de esta firma para todas las sumisiones con mi seguridad.

He leído, revisado y aceptado cada uno de las declaraciones de consentimientos de cuales me han informado anteriormente.

Firma del/a Paciente/ Guardián Legal del Paciente

Firma del/a Paciente/ Guardián Legal del Paciente

Fecha