

INFORMACION DEL PACIENTE:

FECHA: _____

NOMBRE (PRIMER, SEGUNDO, APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO ____ NSS: _____ RAZA: _____ IDIOMA: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ TELEFONO _____

ESTADO CIVIL _____ SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD CON QUIEN VIVE EL/ELLA? _____

INFORMACION DE EMERGENCIA:

MEDICO PRIMARIO DEL PACIENTE _____ TELEFONO _____

MEDICO DE REFERENCIA _____ TELEFONO _____

EN CASO DE EMERGENCIA, A QUIEN PODEMOS LLAMAR **QUE NO SEAN** LOS PADRES/GUARDIANES:

NOMBRE _____ RELACION _____ TELEFONO _____

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN

NOMBRE _____ RELACION _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCION (SI DIFIERE DEL PACIENTE) _____

CIUDAD _____ ESTADO ____ CODIGO POSTAL _____ TELEFONO _____ NSS _____

INFORMACION DEL SEGUNDO PADRE/GUARDIAN

NOMBRE _____ RELACION _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCION (SI DEFIERE DEL PACIENTE) _____

CIUDAD _____ ESTADO ____ CODIGO POSTAL _____ TELEFONO _____ NSS _____

PROPORCIONE UNA LISTA DE ALGUIEN ADEMÁS DEL PACIENTE QUE TIENE PERMISO PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE CUALQUIER CONTENIDO DE SUS REGISTROS MÉDICOS?

NOMBRE _____ RELACION AL PACIENTE _____ TELEFONO _____

NOMBRE _____ RELACION AL PACIENTE _____ TELEFONO _____

DOY PERMISO PARA QUE LA OFICINA DEL DR. FLINN ME CONTACTE MEDIANTE POR TEXTO PARA RECORDARME DE MI PRÓXIMA CITA.

SI # DE CELL _____ NO

QUIERO INSCRIBIRME EN EL PORTAL DEL PACIENTE CON LA OFICINA DEL DR. FLINN PARA RECIBIR ELECTRÓNICAMENTE MIS REGISTROS.

SI CORREO ELECTRONICO: _____ NO

FIRMA: _____ FECHA: _____

Carl E. Flinn, M.D., Pediatric Ophthalmology & Adult Strabismus

Póliza Financial

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Comprenda que el pago de su fractura se considera parte de su tratamiento. Lo siguiente es una declaración de nuestra Póliza Financiera, Que le pedimos que lea y firme antes de su tratamiento. EL PAGO TOTAL ES DEBIDO AL **MOMENTO DE SERVICIO** PARA TODOS LOS CO-PAGOS, CO-SEGUROS, Y/O DEDUCIBLES, MAS LO ANTERIORMENTE QUE NO HAN SIDO PAGADAS POR COMPLETO TODAVIA. ACCEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUE, o VISA, MASTERCARD, DISCOVER, AMEX.

Seguro

Como *cortesía*, archivaremos su **seguro medico solo** si somos un proveedor participante o en contrato con su compañía de seguro. No participamos con cualquier póliza de cuidado de la vista, aceptamos VSP. No podemos fracturar a su compañía de seguro al menos que usted nos de su información de seguro incluyendo una copia de su tarjeta de seguro. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No estamos al tanto de dicho contrato. **Tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, de los servicios proporcionados pueden ser los servicios no cubiertos y no se considera razonable y necesario bajo su seguro medico.** Si su compañía de seguro rechaza el reclamo por cualquier motivo y/o deja un saldo a pagar, es su responsabilidad de pagar en su totalidad dentro de los 15 días desde recibir nuestra factura.

Refraccion

Refracción es una prueba médicamente necesaria para determinar si usted tiene una necesidad de anteojos o lentes de contacto y para ayudar a seguir el desarrollo de tratamientos para las enfermedades del ojo tales como cataratas. El Dr. Flinn puede determinar si tiene miopía, hipermetropía, astigmatismo (córnea asimétrica) o presbicia (incapacidad para enfocar objetos que están cerca de usted). Esta prueba ayuda a confirmar la extensión de la dificultad visual y es un componente necesario. La información obtenida de una prueba de refracción es escrita como una receta para anteojos o lentes de contacto. La mayoría de los planes de seguros deciden no cubrir este servicio esencial. Al tanto, usted será responsable de este cargo en su totalidad (\$40).

Referencias

Si se suscribe a una compañía de seguros que requiere que sus miembros tengan una referencia para cada visita, *debe* traer su referencia a nuestra oficina al momento de su visita. Lamentamos no poder ver a un paciente de referencia porque no han podido presentar su referencia. Tenga en cuenta que esta no es nuestra regla, sino la regla de la compañía de seguros.

Procedimientos de Cobro y Cuota de Cobro

En el caso de que su cuenta se coloque en Universal Collection Systems, se puede agregar a su cuenta una tarifa de cobro de 33 1/3% del saldo pendiente en ese momento y pasará a formar parte del Monto total adeudado. Usted será responsable de todos los costos de cobro, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales. Usted acepta que para que podamos realizar el servicio en su cuenta o para cobrar cualquier monto que pueda adeudar, nosotros y Universal podemos comunicarnos con usted por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los números de teléfono inalámbrico, lo que podría ocasionarle cargos. Nosotros y Universal también podemos comunicarnos con usted enviándole mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o el uso de un dispositivo de marcación automática.

Cheques Devueltos

Habra un cargo de \$ 20.00 agregados a su cuenta por cada cheque devuelto.

Pacientes Menores de Edad

El adulto que acompaña a un menor es responsable del pago completo. Para los menores no acompañados, se rechazará el tratamiento que no sea de emergencia, a menos que los cargos hayan sido autorizados previamente a un plan de crédito aprobado, Visa, AMEX, MasterCard o Discover, o el pago en efectivo o cheque en el momento de la verificación del servicio.

Citas Perdidas

Si no se cancela con al menos 24 horas de anticipación, nuestra política es cobrar \$75.00 por citas perdidas. Si se pierde una cita más de dos veces, se deberá pagar una tarifa de reprogramación de \$50 antes de programar otra cita. Por favor ayúdenos a servirle mejor al cumplir con las citas programadas.

Registros Medicos

There will be a fee per patient for medical records dependent on the amount of records to be copied and disbursed.

Pago Directo

My signature below instructs my insurance company to directly pay: Dr. Carl E. Flinn, 773 Estate Place, Memphis, TN 38120. I also authorize the release of medical information necessary to process my insurance claims.

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRIVACIDAD

Yo, _____ (PACIENTE), por la presente reconozco que me han informado sobre el aviso de prácticas de privacidad publicado por la oficina del Dr. Carl E Flinn. También me han ofrecido una copia de las prácticas de privacidad. He leído, entiendo y acepto los términos de esta Política Financiera.

CONSENT FOR TREATMENT OF A MINOR:

Yo, el padre/guardián de _____, un menor, por la presente autorizo y dirija a Carl E. Flinn, MD y al personal de Carl E. Flinn, MD para proporcionar atención médica de rutina y de emergencia. Este consentimiento permanecerá vigente por un año después de la fecha en el formulario de consentimiento o hasta que sea revocado por escrito.

Firma: _____ (padre o guardián si el paciente es menor de edad)

Printed: _____

Fecha: _____



Historia Medica del Paciente

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Cual es la razón de esta visita? _____

Quien recomendó que el paciente sea visto? _____

Quien es su medico de cuidado primario? _____ Telefono: _____

INFORMACION REQUERIDA:

Que farmacia usa? Nombre: _____ Telefono: _____

Calles Cruzadas/ Intersección de Farmacia: _____

Antecedentes Medicos:

Infecciones _____

Problemas con Conducta _____

Cirugías _____

Otro _____

Nacimiento & Desarrollo

Termino Completo? Si No Cuantas semanas? _____

Peso de Nacimiento _____

Complicaciones en el Parto _____

Problemas de Embarazo (meds, alcohol, fumar)

Historia Social

Oxigeno utilizado durante el parto: Si Cuanto tiempo? _____

Fumadores en el Hogar? Si No

Historia de Trasnusión de Sangre? Si, Cuando? _____

En caso que si, quien fuma en el hogar: _____

Medicamentos (incluyendo gotas para los ojos)

Fuma el paciente? Si No

El paciente consume alcohol? Si No

El paciente consume drogas? Si No

Alergias: Ninguno Látex Temporales

Grado del paciente _____ Escuela _____

Otro _____

Tiene problemas el paciente en la escuela?

Cual es la reaccion? _____

Historia Familiar

Natural Adoptado Custodia

La siguiente información es para la historia **FAMILIAR** del paciente (**no la historia del paciente**). Marque todos los que correspondan y especifique a qué pariente corresponde y proporcione detalles como la fecha de diagnóstico para cada condición:

Hipertensión Glaucoma Hepatitis Ojo Perezoso (Ambliopía) Diabetes Lentes

VIH/SIDA Estrabismo Cirugía del Ojo – Que Tipo _____

Cualquier otra condición de salud familiar que el médico deba conocer: _____



CARL E. FLINN, M.D.
Pediatric Ophthalmology & Adult Strabismus

Lista de Verificación: Revisión de los Sistemas

Paciente: _____

Fecha: _____

ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN ES MUY IMPORTANTE. POR FAVOR COMPRUEBE LOS SÍNTOMAS QUE PUEDE TENER EN ESTE MOMENTO.

Ojos-

- Cambios o Perdida en la Vista
- Dolor
- Lentes o Contactos
- Enrojecimiento
- Vista Borrosa
- Luces Parpadeantes
- Flotadores
- Cataratas
- Ambliopía
- Ojos Cruzados o Estrabismo
- Deficiencia de Color
- Ojos Amarillos
- Pérdida Repentina de la Visión
- Vista Doble

Ultimo Examen de Vista _____

General-

- Ganancia de Peso
- Fiebre o Escalofríos
- Debilidad
- Perdida de Peso
- Cáncer – Que Tipo _____
- Fecha de Diagnostico: _____
- Diabetes

Piel-

- Eczema
- Pigmentación
- Cambios en Pelo & Unas
- Llagas no Curativas

Cabeza-

- Lesión Craneal
- Dolor de Cabeza

Oídos-

- Infección
- Zumbido en los Oídos
- Audición Disminuida

Nariz-

- Hemorragias Nasales
- Drenaje Sinusal

Pechos-

- Terrones
- Dolor

Respiratorio-

- Falta de Aliento
- Asma
- Neumonía
- Tos/Congestión
- Sibilancias
- Tosiendo Sangre
- Tuberculosis

Cardiovascular-

- Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- Soplo Cardíaco
- Palpitaciones del Corazón
- Dolor en el Pecho
- Ataque al Corazón
- Enfermedad del Corazón
- Alta Presión

Garganta/Oral-

- Boca Seca
- Dolor de Garganta
- Ronquera
- Estreptococo

Vascular-

- Dolor de Pantorrilla al Caminar
- Calambres en las Piernas

Hematológico-

- Facilidad de Moretones
- Facilidad de Sangramiento
- VIH/SIDA
- Anemia

Psiquiátrico-

- Nerviosismo
- Estrés
- Depresión
- Perdida de Memoria

Gastrointestinal-

- Acidez
- Nausea
- Vomito
- Constipación
- Diarrea
- Hepatitis A B O C
- Enfermedad del Hígado

Urinario-

- Enfermedad del Riñón
- Incontinencia
- Sangre en la Orina

Músculo esquelético-

- Trauma – Huesos Rotos
- Hinchazón de las Articulaciones
- Artritis Reumatoide
- Rigidez
- Dolor de Espalda

Neurológico-

- Imperativo
- Temblores
- Síndrome de Down
- Parálisis Cerebral
- Ataque al Corazón
- Autismo
- Mareo
- Desmayo
- Síndrome de Asperger
- Convulsiones
- Debilidad

Endocrino-

- Enfermedad de Tiroides
- Sudoración Excesiva
- Hipoglucemia

Cuello-

- Glándulas Inflamadas
- Dolor en el Cuello

OTROS SINTOMAS O DIAGNOSTICOS: _____

OFFICE USE ONLY: Reviewed BY: _____

Date: _____