

Forma de registro de paciente nuevo

Gracias por elegir North Texas Eye Center. Con el fin de servirle adecuadamente, necesitamos la siguiente información. Por favor, de llenar formulario.

Nombre Completo: _____

No. De seguro Social : _____ Sexo M F

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal _____

Teléfono de hogar: _____ Teléfono celular: _____

Tenemos su consentimiento para dejar un correo de voz? Si No

Correo electrónico: _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo

Idioma principal: _____

Origen Étnico: Blanco Asiático Negro ó Afroamericano

Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Ocupación

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Contacto de emergencia

Nombre de contacto: _____ Relación al paciente: _____

Numero de teléfono : _____

PARTE RESPONSABLE

Persona responsable de esta cuenta: _____

Relación al paciente _____

Dirección de domicilio si diferente a la del paciente: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

INFORMACION SOBRE SEGURO MEDICO

Seguro primario:

Nombre del seguro _____ Relación al paciente _____

Fecha de nacimiento _____ NSS _____

Número de grupo _____

El seguro secundario:

Nombre del seguro _____ Relación al paciente _____

Fecha de nacimiento _____ NSS _____

Número de grupo _____

Seguro de Vision:

Nombre de seguro _____ Relación al paciente _____

Fecha de nacimiento _____ NSS _____

Número de grupo _____

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

Cumplo con permiso de North Texas Eye Center para liberar y proporcionar todos los datos médicos y financieros relacionados con mi doctor médico que pueda ser necesario ahora o en el futuro para propósitos de tratamiento, 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:** ____/____/____

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

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.

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.

- **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.
- **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 mí 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.
- **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.
- **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.**

• **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.

• **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.

• **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.

• **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.

• **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:** ____/____/____

Appointment "No Show" Policy

As of January 1, 2020, North Texas Eye Center has instituted a \$50.00 no show fee for patients failing to come for a scheduled appointment without prior notification. This fee will apply to every individual for each appointment time that is missed.

At North Texas Eye Center, we greatly value our patients and want to provide the best and most efficient service possible. By instituting this policy, we want to reduce the waiting time for scheduling appointments.

Our policy is to provide multiple reminders to our patients about the appointments that have been scheduled, so that when conflicts arise, we can be noticed in advance and offer those appointments to other patients. At the time an appointment is scheduled the patient has a choice of text or email reminder. We then contact patients again as the appointment approaches. Please confirm with us today that we have your preferred contact information.

North Texas Eye Center understands that circumstances arise that make it difficult to give us advance notice of an appointment that will be missed. At their discretion our staff may excuse a first missed appointment of the year. Otherwise, for each missed appointment without prior notice, the new \$50.00 "no show" fee will be billed to your account. This fee will be billed to any individual who misses any appointment.

Patients who have not paid their "no show" fee will not be allowed to schedule further appointments with North Texas Eye Center. Patients who repeatedly fail to show up for appointments without advance notice may be dismissed from the practice.

By Signing below, I, the patient acknowledges that I have read the contents of this document and have been offered a copy of this record.

Name: _____

Account Number: _____

Signature: _____

Date of Birth: ___/___/_____

PLANO
WEST PLANO MEDICAL CENTER
4100 W 15TH ST., SUITE 210
PLANO, TEXAS 75093
PHONE: (972) 867-7777
FAX: (972) 519-1679



NORTH TEXAS EYE CENTER

LEWIS J. FRAZEE, M.D. | JAMES A. PASSMORE, M.D. | ELLEN NGO, M.D.

LEWISVILLE
HEBRON OFFICE PLAZA
751 HEBRON PKWY., SUITE 230
LEWISVILLE, TEXAS 75057
PHONE: (972) 867-7777
FAX: (972) 519-1679

Refraction Services and Fees



These images show the older phoropter on the left and the newest EPIC refracting station on the right. At North Texas Eye Center, we, primarily, use the newest and most sophisticated device, the EPIC.

These devices are used to determine your prescription for glasses and to aid in the determination of the prescription for contact lenses.



What do they do? These instruments determine your need for lenses to correct your refractive error, also referred to as your refraction, or, your eyeglass prescription. This part of your examination is where the doctor, or other staff member flips various lenses inside the devices and asks question such as "which is better, number 1 or number 2." We keep asking these questions until we have resolved an accurate prescription.

Why do I have to pay for it? Most medical insurance plans, including Medicare, do NOT cover refractions or routine eye examination (when no medical eye problem is known or suspected).

If you have a separate vision plan that covers routine or annual eye examinations and/or glasses, please let us know. Your vision plan may assist you with your eye care needs that are not covered by your medical plan.

Our office fee for a refraction is \$55.00 and this fee is collected at the time of service in addition to any co-payment your plan may require. Should your plan pay us for the refraction, we will reimburse you accordingly.

Is this new? Refractions (CPT code 92015) has been a "non-covered" service since Medicare was created in 1965. Since about 2007, Medicare has been enforcing the policy of requiring eye doctors to charge separately for refractions.

Patient Acknowledgment:

I have read the above information and understand that the refraction is a non-covered service. I accept full financial responsibility for the cost of this service and understand it is due at the time of service. I understand that any co-payment, coinsurance, or deductible I may have are separate from and not included in the refraction fee.

The Refraction acknowledgement is good for one year of signed date. Please understand by signing this form you are authorizing the Provider or Clinician from North Texas Eye Center to complete this test when necessary for once a year.

Print Patient's Name _____ Patient's D.O.B _____

Patient Signature (or Parent for a minor) _____ Date _____

Thank You
For taking the time to learn about refractions

[OFFICE ONLY]

Patients Account # _____ Refraction Form Expires on _____



Notice of Privacy Practice Acknowledgment & HIPAA Release Form

By signing this form, you will consent to our use and disclosure of your protected health information (PHI) for the following purposes:

- To conduct and plan treatment, including multiple healthcare providers who may be involved in treatment directly or indirectly.
- To obtain payment for services provided to you through third-party payers.
- To conduct normal healthcare operations such as quality assessments, etc.

I have received/been offered a copy of the above-named office's HIPAA Notice of Privacy Practice (NOPP) containing a detailed description of the use and disclosed of my PHI.

I understand that I have the right to revoke this consent at any time by giving us written notice of your revocation submitted to our office. Please understand that revocation of this consent will not affect any action we took in reliance on this consent before we received your revocation.

I have had full opportunity to read and consider the contents of this consent form and this office's NOPP. I understand that, by signing this consent, I am giving my consent to your use and disclosure of my PHI to carry out treatment, payment activities, and health care operations.

Designated individuals Release Form

I, _____ (Patient or Guardian's full name) hereby acknowledge that I am giving consent to North Texas Eye Center for use and disclosure of my protected health information to carry out treatment, payment activities, appointment reminders and other health care operations. I have the right to revoke this consent any time by submitting a written declination letter.

You may also elect to have your PHI shared with your spouse, children or other parties outside the normal practice of North Texas Eye Care's healthcare operations. Please disclose below whom you may want to share your PHI info with.

1. Spouse: _____
2. Child(ren) _____
3. Other: _____
4. Information is not to be released to anyone

Patient or Guardian signature

Date

.....
OFFICE USE ONLY

_____ Patient or Guardian declined disclosure of Protected Health Information

Signature of HIPAA Privacy Officer

Date

Patient Account Number: _____

Nombre de Médico: _____

Nombre de Endrocrinologo: _____

Nombre de Reumatologo: _____

Quién lo refirió a nosotros: _____

CONSUMO DE ALCOHOL:

Nada Ocasionalmente/Socialmente 1-2 por día 3+ por día.

CONSUMO DE TABACO:

- Fumador
- No un Fumador
- Antiguo fumador

ANTECEDENTES FAMILIARES:

	Padre	Madre	Hermana	Hermano
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial Médico:

	SÍ	NO
respuesta es sí, profavor describa:		
<u>CARDIOVASCULARES</u>		
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la válvula cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>DERMATOLOGÍA</u>		
Formación de Queloides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Culebrilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades dermatológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>GASTROINTESTINALES</u>		
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis Ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>GENITOURINARIO</u>		
Agrandamiento de la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades genitourinarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>HEMATOLÓGICAS</u>		
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Célula Falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades hematológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sí	NO
<u>ENFERMEDAD INFECCIOSA</u>		
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SARM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>METABÓLICO/ENDOCRINO</u>		
Diabetes tipo I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes tipo II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades metabólicas/endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>MUSCULOESQUELÉTICOS</u>		
Diagnostico de Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades musculoesquelético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>NEUROLÓGICO</u>		
Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>RESPIRATORIO</u>		
ASTHMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sacroid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>PSIQUIATRÍA</u>		
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros psiquiatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sí No

SALUD DE LA MUJER

Cáncer de mama

Cáncer de ovario

Alguna otra enfermedad

Si las respuesta es sí, profavor describa:

HISTORIA OCULAR

Sí No

¿Ha tenido alguna Cirguía de los ojos?

Si las respuesta es sí, profavor describa:

Enliste cirugias anteriores:

Fecha

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____