GREATER HOUSTON
EYE CONSULTANTS

BELLAIRE	KATY	CLEARLAKE	NORTHWEST	HUMBLE
6330 West Loop South	23530 Kingsland Blvd	South East Memorial Bldg 1	11301 Fallbrook Drive	5810 Wilson Road
Suite 100	Suite 202	11914 Astoria Blvd Suite 460	Suite 210	Suite 230
Bellaire, TX 77401	Katy, TX 77494	Houston, TX 77089	Houston, TX 77065	Humble, TX 77396
Office: 713-661-6500	Office: 281-347-6500	Office: 281-484-1186	Office: 281-477-7077	Office: 281-454-2056
Fax: 713-661-6527	Fax: 281-347-6505	Fax: 281-922-1580	Fax: 281-477-7100	Fax: 281-454-2091

SUMEET SHARMA MD HERNAN PALEMO OD TRENT TADLOCK OD REHAN AHMED MD KIMBLE CHENTNIK OD STEWART ZUCKERBROD MD CARLOS CALVO OD

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: Casado/a Divorciado/a Nino/a Soltero/a Viudo/a

Domicilio: _____ Apt # _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono Cellular: (____)_____ Email: _____

Numero de Seguro Social: _____ No. de Licencia: _____

Ocupacion: _____Empleador: _____

Nombre de su Medico general: _____ No. de telefono: (____)_____

Farmacia informacion: Nombre_____ Telefono(____)_____

Quien lo remitio a nuestra clinica? _____

Razon de su visita de hoy? _____

Estaria interesado/a en sirugia de LASIK? SI NO

Entiendo y acepto que independientemente del estado de cuenta de mi seguro medico yo soy responsible del balance de mi cuenta por los servicios profesionales recibidos. He respondido a las anteriores preguntas. Certifico que esta informacion es veridica y correcta de acuredo con mi conocimiento. Les notifcare de cualquier cambio de mi situacion de la informacion anterior. He recibido una copia del aviso de privacidad de Greater Houston Eye Consultants

_____ _____
Firma del Paciente (o guardian si el paciente es menor de edad Fecha

GREATER HOUSTON
EYE CONSULTANTS

SUMEET SHARMA MD HERNAN PALEMO OD TRENT TADLOCK OD REHAN AHMED MD KIMBLE CHENTNIK OD STEWART ZUCKERBROD MD CARLOS CALVO OD

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias (a medicinas, etc.) _____

Lista de medicinas que este tomando:_____

_____

_____

Ha tenido alguna cirugia anteriormente: Si No

_____Fecha: _____

_____Fecha: _____

_____Fecha: _____

_____Fecha: _____

Historial de Vacunas:

Difteria y Tetanos_____Vacuna de la Gripe_____Vacuna de Neumonia_____COVID_____

Historial medico familiar: Algun familiar suyo ha tenido:

Cancer	Si	No	Problemas de corazon	Si	No
Diabetes	Si	No	Presion alto	Si	No
Otras	Si	No			

Toma bebidas alcoholicas? Si No Numero por semana_____

Usa drogas? Si No

_____ _____

Firma del Paciente (o guardian si el paciente es menor de edad Fecha

GREATER HOUSTON
EYE CONSULTANTS

SUMEET SHARMA MD HERNAN PALEMO OD TRENT TADLOCK OD REHAN AHMED MD KIMBLE CHENTNIK OD STEWART ZUCKERBROD MD CARLOS CALVO OD

Le ha parecido algo de lo siguiente? Circule el indicado

Presion alta
Diabetes
Glaucoma
Dolores de Cabeza
Enfermedad o Lesiones en los ojos
Infecciones de los oidos
Asma
Dolor de pecho o angina de pecho
Falta de respiracion
Neumonia
Soplo de corazon
Tarda en cerrar las heridas
Anemia
Flebitis
Moretones o sangramiento anormal
Sangramiento excesivo
Dificultad para dormirse

Artritis
Cancer
Ulcera Digestiva
Problemas en la Vesicula Biliar
Hepatitis/Ictericia
Sangre en el excremento
Hemorroides
Cambios en el habito de defecar
Retortijones/dolor de abdomen
Problemas de rinon/piedras en el rinon
Convulsiones
Enfermedad de la tiroides
Sensacion de adormecimiento/hormigueo
Desmayos
Sediento con mucha frecuencia
Dificultad para permanecer dormido
Otros_____

_____ _____
Firma del Paciente (o guardian si el paciente es menor de edad) Fecha

GREATER HOUSTON
EYE CONSULTANTS

SUMEET SHARMA MD HERNAN PALEMO OD TRENT TADLOCK OD REHAN AHMED MD KIMBLE CHENTNIK OD STEWART ZUCKERBROD MD CARLOS CALVO OD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
NOMBRE DEL ASEGURADO: _____
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: _____
NSS# / ID#: _____
GRUPO: _____

Por medio de la presente solicito que la compañía de seguro medico haga un cheque a nombre de 'Greater Houston Eye Consultants'

Yo entiendo y acepto que soy responsable por el balance acumulado por los servicios médicos realizados sin importar la cobertura de la póliza del seguro medico. Bajo esta póliza de seguro asigno de manera directa mi derechos y beneficios. Este pago no debe exceder la cobertura asignada por la compañía de seguro ya mencionada. Acepto pagar el balance, si lo hay, de dichos servicios profesionales cobrados a mi o a mi compañía de seguro medico.

La fotocopia de este acuerdo será considerada valida como la original.

También autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguro medico, ajustador, o abogado involucrado en este caso.

Autorizo al medico proveedor que inicie un reclamo al notario del seguro si se requiere.

Firma del asegurado _____ Testigo _____Fecha_____