



BELLAIRE
6330 West Loop South
Suite 100
Bellaire, TX 77401
Office: 713-661-6500
Fax: 713-661-6527

KATY
23530 Kingsland Blvd
Suite 202
Katy, TX 77494
Office: 281-347-6500
Fax: 281-347-6505

CLEARLAKE
South East Memorial Bldg 1
11914 Astoria Blvd Suite 460
Houston, TX 77089
Office: 281-484-1186
Fax: 281-922-1580

NORTHWEST
11301 Fallbrook Drive
Suite 210
Houston, TX 77065
Office: 281-477-7077
Fax: 281-477-7100

HUMBLE
19747 Highway 59N
Suite 200
Humble, TX 77338
Office: 281-454-2056
Fax: 281-454-2091

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Masculino Femenino

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

Domicilio: _____ Apt # _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefono de Celular/casa: (____) _____ Email: _____

Ocupacion: _____ Empleador: _____

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

Nombre y numero de Cardiólogo: _____ # _____

Nombre de su farmacia: _____ Telefono(____) _____

Nombre y número de teléfono de la persona autorizada para divulgar información médica:

Quien lo remitió a nuestra clinica? _____

Razon de su visita de hoy? _____

Estaria interesado/a en cirugía de LASIK? SI NO

Entiendo y acepto que independientemente del estado de cuenta de mi seguro medico yo soy responsable 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 acuerdo con mi conocimiento. Les notificare 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



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias (a medicinas, etc.) _____

Lista de medicinas que este tomando: _____

Ha tenido alguna cirugía anteriormente: Si No

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

Historial de Vacunas:

Difteria y Tetanos _____ Vacuna de la Gripe _____ Vacuna de Neumonía _____ 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



Le ha parecido algo de lo siguiente? Circule el indicado

- | | |
|-----------------------------------|--|
| Presion alta | Artritis |
| Diabetes | Cancer |
| Glaucoma | Ulcera Digestiva |
| Dolores de Cabeza | Problemas en la Vesicula Biliar |
| Enfermedad o Lesiones en los ojos | Hepatitis/Ictericia |
| Infecciones de los oidos | Sangre en el excremento |
| Asma | Hemorroides |
| Dolor de pecho o angina de pecho | Cambios en el habito de defecar |
| Falta de respiracion | Retortijones/dolor de abdomen |
| Neumonia | Problemas de rinon/piedras en el rinon |
| Soplo de corazon | Convulsiones |
| Tarda en cerrar las heridas | Enfermedad de la tiroides |
| Anemia | Sensacion de adormecimiento/hormigueo |
| Flebitis | Desmayos |
| Moretones o sangramiento anormal | Sediento con mucha frecuencia |
| Sangramiento excesivo | Dificultad para permanecer dormido |
| Dificultad para dormirse | Otros _____ |

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

Fecha



NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: _____

ID #: _____

GRUPO: _____

Por medio de la presente solicito a _____ quien es mi Compa?a de Seguro M?dico que se sirva pagar con cheque a nombre de "Bellaire Eye and Laser Center"

Por los beneficios profesionales o cargos m?dicos incurridos, o de otra manera pagables a m? bajo mi actual p?liza del seguro de salud como pago del total de los servicios m?dicos profesionales suministrados. Bajo esta p?liza asigno de manera directa mis derechos y beneficios. Este pago no debe exceder la cobertura asignada por la compa?a arriba mencionada, y acepto pagar el balance, si lo hay, de dichos servicios profesionales cobrados a mi o a mi compa?a de seguro de salud.

La fotocopia de este Acuerdo ser? considerada tan v?lida como el original.

Tambi?n autorizo que se proporcione cualquier informaci?n pertinente a mi caso a cualquier compa?a de seguro m?dico, ajustador, o abogado que est? involucrado en este caso.

Autorizo al proveedor del servicio para que inicie a mi nombre un reclamo al Comisionado del Seguro de Salud si se requiere.

Firma del Asegurado _____ Testigo _____



GREATER HOUSTON EYE CONSULTANTS

SUMEET SHARMA MD · HERNAN PALERMO OD · TRENT TADLOCK OD · REHAN AHMED MD · KIMBLE CHENTNIK OD ·
STEWART ZUCKERBROD MD · RAVI CHUNDRU MD · ELAINE THUNG MD

AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Fecha : _____

Yo, _____ autorizo a Greater Houston Eye Consultants a cargar en mi tarjeta de crédito. Le daré toda la información necesaria para proceder a mi pago. Entiendo que mi información no se guardará en el archivo para futuras transacciones en mi cuenta.

Nombre del Paciente: _____ **Número de Cuenta:** _____

Nombre en la Tarjeta : _____

Tipo de Tarjeta : Visa MasterCard American Express Discover

Número de la Tarjeta : XXXX - XXXX - XXXX - _____

Fecha de Caducidad: _____/_____/_____

Firma del Paciente: _____

Certifico que soy un usuario autorizado de esta tarjeta de crédito y que no disputaré el pago con la compañía de la tarjeta de crédito siempre y cuando la transacción corresponda a los términos indicados en este formulario. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta el final del año en curso. Si las fechas de pago caen en un fin de semana o día festivo, entiendo que el pago puede ejecutarse el siguiente día hábil.

Departamento de Facturación

BELLAIRE
6330 West Loop South
Suite 100
Bellaire, TX 77401
Office: 713-661-6500
Fax: 713-661-6527

KATY
23530 Kingsland Blvd
Suite 202
Katy, TX 77494
Office: 281-347-6500
Fax: 281-347-6505

CLEARLAKE
South East Memorial Bldg. 1
11914 Astoria Blvd Suite 460
Houston, TX 77089
Office: 281-484-1186
Fax: 281-922-1580

NORTHWEST
11301 Fallbrook Drive
Suite 210
Houston, TX 77065
Office: 281-477-7077
Fax: 281-477-7100

HUMBLE
19747 Highway 59N
Suite 200
Humble, TX 77338
Office: 281-454-2056
Fax: 281-454-2091



Aviso de Exención de Responsabilidad sobre la Refracción

- Los seguros médicos, incluyendo Medicare, no cubren la refracción, que es la parte del examen ocular utilizada para determinar su prescripción de gafas. Dado que este servicio no está clasificado como un procedimiento médico por los proveedores de seguros, se considera un gasto no cubierto.
- Como resultado, los pacientes son responsables del costo de la refracción. Este cargo es independiente de cualquier copago o deducible asociado con su examen médico ocular.

- Medicare y los seguros privados no pagarán por:
- Refracción - Medidas para determinar la receta de gafas.

Costo: \$50

- El propósito de este aviso es ayudarle a tomar una decisión informada sobre si desea recibir este servicio.
- La guía de beneficios de Medicare excluye específicamente este servicio, y la mayoría de las compañías de seguros privados adoptan esta misma posición.
- Si tiene un seguro de visión que cubre el costo de sus gafas, es probable que también cubra el costo de la refracción. Como una práctica de cuidado ocular médico, no aceptamos seguros de visión en nuestras oficinas. Le recomendamos que acuda a su Optometrista, quien probablemente aceptará el seguro de visión tanto para su prescripción como para sus gafas.

Eligo recibir estos servicios en esta oficina. Entiendo las declaraciones anteriores y acepto que soy financieramente responsable del pago de estos servicios. También entiendo que el pago debe realizarse en el momento del servicio.

Renuncio a estos servicios y entiendo que no podré recibir una receta para gafas en ningún momento.

Tengo seguro de visión y elijo utilizarlo en una oficina de Optometría para obtener la prescripción de mis gafas.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha