

William J. Flynn, M.D., O.D.
Gregory M. Brunin, M.D.
Anhtuan Nguyen, M.D.
Matthew C. Caldwell, M.D.



Michael E. Offutt, M.D.
Mark G. Carolan, O.D.
Melanie P. Gonzalez-Oliva, O.D.
Teresa H. Chui, O.D.

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

FECHA: ____ / ____ / ____

Por favor imprima

NOMBRE DE PACIENTE: _____
(Primer) (Segundo) (Apellido)

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Dirección : _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Sex: M ___ F ___

Teléfono de casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Estado Civil: C ___ S ___ V ___ Número de seguridad social(si lo requiere el seguro): _____

Correo electrónico: _____ Employer: _____

Médico remitente: _____ Teléfono del Médico Remitente: _____

Médico primario (si diferente de Médico Remitente): _____

Dir. De Médico primario: _____ Núm. De Tel. : _____

Contacto de emergencia : _____ Núm. De Tel. : _____

¿es usted residente de un centro de enfermería especializada? ___ Si sí, nombre de centro: _____

Información del Seguro:

Seguro Primario: _____ Número de póliza: _____

*titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Seguro secundario: _____ Número de póliza: _____

*titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Seguro de plan de visión: _____ Número de póliza: _____

*titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

****TODOS LOS MONTOS ADEUDADOS QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR EL SEGURO SERÁN COLECTADOS AL MOMENTO DE LA CITA****

Si el paciente es menor de 18 años, tutor para completar los artículos a continuación:

Nombre: _____
(Primer) (Segundo) (Apellido)

Relación con el paciente: _____ Fec. De Nac.: _____ Seguro Social #: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

San Antonio (Oficina principal)
5430 Fredericksburg Road
Suite 100
San Antonio, TX 78229
(210) 340-1212
FAX (210) 340-1505

Boerne
113 Falls Court
Suite 100
Boerne, TX 78006
(830) 248-1222

Alamo Ranch
11345 Alamo Ranch Parkway Suite
201
San Antonio, TX 78253
(210) 617-7396

Kerrville
1446 Sidney Baker
Kerrville, TX 78028
(830) 792-4466

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nuestro "Aviso de prácticas de privacidad y derechos del paciente" brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. El aviso incluye sus derechos bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA). Tiene derecho a revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos del Aviso pueden cambiar. Una copia actual está disponible en nuestro sitio web o poniéndose en contacto con nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de solicitar que limitemos la forma en que se utiliza o divulga la Información de salud protegida (PHI) sobre usted para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo. Sin embargo, es nuestra política limitar el uso de su información médica protegida ("PHI") para proporcionarle atención médica, facturar nuestros servicios, cobrarle a usted o a su compañía de seguros, para la operación general del negocio, y Para ciertos fines legales. **No vendemos, divulgamos ni usamos su información para fines de mercadeo o recaudación de fondos sin su consentimiento previo por escrito.**

Las leyes federales de privacidad ahora limitan nuestra capacidad de comunicarnos con su familia y otras personas con respecto a su atención médica. Si desea darnos permiso para que divulguemos información a otros, indíquelo a continuación. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento.

No revele mi información a nadie más que a mí mismo **Puede revelar información a los siguientes:**

Nombre(s) _____ Relación: _____ Fecha: _____

Al firmar este formulario, usted reconoce que se le ha ofrecido o se le ha proporcionado una copia de nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos del Paciente" y ha dado su consentimiento a las divulgaciones anteriores (si las hubiera).

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente o representante legal

Fecha

RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Reconozco que soy responsable del pago de cualquier servicio prestado a mí o a mi dependiente. Entiendo las políticas financieras de la práctica y he leído o me han ofrecido una copia de las políticas de práctica. Autorizo a la práctica a divulgar la información necesaria para procesar mis reclamaciones de seguro (tanto para el seguro primario como para el secundario). ****Nota: las citas canceladas, perdidas o reprogramadas con menos de 24 horas de anticipación pueden incurrir en una tarifa de \$50 por visitas al consultorio y/o procedimientos en oficial y \$200 por cirugía****

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Darse cuenta: 1. El Médico / Propietario de esta práctica también posee Mockingbird Optical Shop, R&R Research, y Alamo Eye Surgery Center, San Antonio, TX.

2. El médico / propietarios de esta práctica también tienen un interés parcial en Alamo Laser Vision Center, San Antonio, TX.

San Antonio (Oficina principal)

5430 Fredericksburg Road
Suite 100
San Antonio, TX 78229
(210) 340-1212
FAX (210) 340-1505

Boerne

113 Falls Court
Suite 100
Boerne, TX 78006
(830) 248-1222

Alamo Ranch

11345 Alamo Ranch Parkway Suite
201
San Antonio, TX 78253
(210) 617-7396

Kerrville

1446 Sidney Baker
Kerrville, TX 78028
(830) 792-4466