

## Austin Pediatric Ophthalmology & Strabismus

Nombre	Fecha de Nacimiento	Género
Paciente: _____	____-____-____	____
Madre : _____	____-____-____	____
Padre: _____	____-____-____	____

La información siguiente considera a la persona responsable de la cuenta notificaciones de esta oficina esa persona es: Nombre \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

(Casa): Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: Móvil ( ) \_\_\_\_\_ Casa ( ) \_\_\_\_\_

Información de Seguro Primaria  HMO  PPO  MEDICARE  MEDICAID  OTRO

Nombre de Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado: Primer: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Información de Seguro Secundaria  HMO  PPO  MEDICARE  MEDICAID  OTRO

Nombre de Aseguradora: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado: Primer: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Miembro de familia que ha visto anteriormente al Dr. Busse. \_\_\_\_\_

Quien es el pediatra o médico de familia de su hijo/a. \_\_\_\_\_

Quien refirió a su hijo/a al Dr. Busse. \_\_\_\_\_

### Pólizas de Oficina y Pago

Todas las consultas deben ser pagadas en el momento de su visita al menos que hayan hecho arreglos previos. No reclamaremos pago a su aseguradora a menos que tengamos un contrato con su compañía de seguros. Podemos, sin embargo, proporcionarle documentación para presentar una reclamación de pago. No dude en discutir cualquiera de los cargos o pólizas con el personal por favor. Estamos dispuestos a trabajar con usted de todas formas posibles.

Fecha \_\_\_\_\_, Yo \_\_\_\_\_ acepto que soy financieramente responsable de los gastos incurridos. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo y solicitud de pago sin seguro, incluyendo Medicaid y otros programas patrocinados por el gobierno al Dr. Busse o cualquier otro empleado del proveedor por esta práctica. Por lo presente otorgó autoridad para Dr Busse para realizar un examen de la vista incluyendo pruebas necesarias para el diagnóstico y tratamiento de este paciente.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACION MEDICA

### HISTORIA FAMILIAR (NATURAL \_\_\_\_, ADOPTIVO \_\_)

Nombre	Edad	Lentes	Describe la enfermedad o condición anormal de los ojos
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Liste abajo (un pariente de sangre) padre, madre, los abuelos, tíos, tías, y primos que tienen una historia de alguna enfermedad grave de los ojos o ojos desalineados (estrabismo).

Relacion	Lentes	Describe la enfermedad o condición anormal de los ojos
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Hay algún familiar que tenga una enfermedad hereditaria?..... Si \_\_ No \_\_

¿Hay algún familiar que tenga un problema con el alineamiento de los ojos?.....Si \_\_ No \_\_

¿Alguna enfermedad neurológica familiar?.....Si \_\_ No \_\_

Si contestó que sí, ¿cual es la enfermedad? \_\_\_\_\_

### HISTORIA DEL NACIMIENTO

¿Nació prematuro el bebe? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuántas semanas? \_\_\_\_\_ Peso de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Tuvo algun complicacion con el parto?.....Si \_\_ No \_\_

¿Hubo algún problema de respiro o alimento del bebe?.....Si \_\_ No \_\_

¿Hubo algún problema con el desarrollamiento de bebe?.....Si \_\_ No \_\_

Si contestó que sí, ¿Cuál fue? \_\_\_\_\_

### HISTORIA MEDICO

¿Tiene dificultades en la escuela?.....Si \_\_ No \_\_

¿Ha sospechado el pediatra o médico familiar o ha diagnosticado algún enfermedad grave?.....Si \_\_ No \_\_

Si contestó que sí, ¿Cuál fue? \_\_\_\_\_

¿Toma el paciente medicinas o tratamientos frecuentemente o regularmente?.....Si \_\_ No \_\_

Si contestó que sí, ¿Que son? \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente algunas alergias a alguna medicina?.....Si \_\_ No \_\_

Si contestó que sí, ¿Cuál es la medicina y la reacción? \_\_\_\_\_

¿Es el paciente alérgico al ambiente?.....Si \_\_ No \_\_

Si contestó que sí, ¿Cuáles son y la reacción? \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE LOS OJOS

¿Ha visto el paciente un doctor de los ojos anteriormente?.....Si \_\_ No \_\_

¿Quién fue el doctor? \_\_\_\_\_ Fecha del examen \_\_\_\_\_ ¿En qué ciudad? \_\_\_\_\_

¿El paciente usa lentes?.....Si \_\_ No \_\_

¿A qué edad empezó a usar lentes? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna lesión en los ojos? Si \_\_ No \_\_ ¿Que fue? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna operación de los ojos? Fecha de la operación y la razón \_\_\_\_\_ Si \_\_ No \_\_

### RAZÓN DE LA VISITA

Otorgo el consentimiento que una fotografía, o cinta de video de yo mismo o de mi niño/a sean utilizados por la Dr. Busse para el propósito de la ilustración médica, enseñar, la publicación o investigar sin identificación del nombre del paciente

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Si \_\_ No \_\_

## **AUSTIN PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY & STRABISMUS**

Megyn L Busse, MD  
4700 Seton Center Pkwy Ste 150  
Austin, Texas 78759

### **INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL PACIENTE:**

#### **POLÍTICA DE REFRACCIÓN: 92015**

##### **¿Que es una refracción?**

Esta prueba es una determinación de error refractivo de un ojo y los mejores lentes correctivos para recetar. Los médicos están de acuerdo en que esta prueba es un elemento necesario de la mayoría de las visitas, y se utiliza para crear recetas para anteojos o lentes de contacto, o para evaluar posibles cambios en la visión debido a condiciones médicas. Esto es esencial para determinar si una disminución en la visión es debido a solamente una necesidad de anteojos, que es fácil de corregir, o si otra razón médica podría mantener el ojo de ver claramente.

#### **EXPLORACIÓN SENSORIOMOTORA: 92060**

##### **¿Qué es un examen motor sensorial?**

Una examinación sensoriomotora detecta, evalúa, supervisa, y gestiona las condiciones estrábicas. Se trata de un examen amplio que requiere más tiempo, esfuerzo y conocimiento en las medida de la desviación ocular en diversos campos de la mirada, diferentes distancias, o con y sin corrección óptica. Los médicos están de acuerdo que la información de la examinación sensoriomotora se utiliza para planificar los tratamientos médicos, ópticos y quirúrgicos para estas condiciones y puede tener importantes implicaciones visuales, desarrollo o sistémicas.

##### **¿Mi plan de seguro paga por estos exámenes?**

Su seguro puede considerar estos procedimientos excluido de sus beneficios o no - cubierta beneficio.

##### **¿Cobran por estos?**

En caso de que su seguro no cubre el **92015** o el **92060** el costo sería **\$50.00** por prueba y examen realizado.

He leído y entendido lo anterior, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Estoy de acuerdo en que la siguiente prueba y examen se realice

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Rechazo para que el siguiente prueba y examen se realice

**AUSTIN PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY & STRABISMUS**

Megyn L Busse, MD  
4700 Seton Center Pkwy Ste 150  
Austin, Texas 78759

**ACUERDO DE PACIENTE DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Como paciente, está en su mejor interés conocer y entender sus beneficios de plan de seguro y su responsabilidad por deducibles, coseguro o cantidades de copago antes de cualquier visita. No todos los servicios están cubiertos en todos los contratos de seguro. Además, debe asegurarse que su médico está catalogado como un proveedor participante por su compañía de seguros. Si su plan de seguro no cubre un servicio o procedimiento, usted es responsable por el pago de estos cargos.

En caso de que su seguro no es válido o su cobertura fue terminada en el momento que se prestan los servicios, usted será único responsable por el importe total de su consulta o cualquier procedimiento prestado.

Además, si el plan de seguro determina que un servicio o procedimiento “no” está cubierto, usted será responsable de la carga completa de dichos servicios.

Estoy de acuerdo en ser responsable por el pago de todos los servicios prestados en mi nombre o de mis dependientes, incluyendo cargos por servicios de recolección es necesitada.

\_\_\_\_\_  
Firma del guardián/paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## AUSTIN PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY & STRABISMUS

Aquí en Austin Pediatric Ophthalmology, estamos requeridos a implementar el Uso Significativo. Como resultado estamos recolectando la información requerida por el gobierno. El propósito de Uso Significativo es mejorar el cuidado del paciente y reducir el costo del cuidado.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Correo electrónico del guardián o paciente \_\_\_\_\_

### Raza

Afroamericano

Asiático

Caucásico

Hispano

Otro \_\_\_\_\_

Prefiero no reportar

### Etnicidad

Hispano

No Hispano

Prefiero no reportar

### Lenguaje Primario

Inglés

Francés

Español

Otro \_\_\_\_\_

### Farmacia Preferida

Nombre de la Farmacia \_\_\_\_\_

Dirección de la Farmacia \_\_\_\_\_

Firma del guardián/paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_