Nombres Fecha de Nacimiento Género Estado Civil

Padre Primero: _____ M: ___ Apellido: _____ ___/___/___ ____ _____

Madre Primero: _____ M: ___ Apellido: _____ ___/___/___ ____ _____

Paciente Primero: _____ M: ___ Apellido: _____ ___/___/___ ____

_____

La información siguiente considera a la persona responsable de la cuenta o notificaciónes de esta oficina esa persona es:

_____

Dirección: _____

(Casa): Calle Ciudad Estado Código Postal

_____

(Trabajo): Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: Móvil ( ) _____ Casa ( ) _____ Trabajo ( ) _____

Número de Seguro Social: _____ Numero de Licencias o ID: _____

Información del Seguro Primario ☐ **HMO** ☐ **PPO** ☐ **Indemnidad** ☐ **Medicare** ☐ **Otro**

Nombre de Aseguransa: _____ Dirección: _____

Nombre del Asegurado: Primero: _____ M: ____ Apellido: _____

Número de Grupo: _____ Número del Plan: _____ Número de Identificacion: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Asegurado: Fecha de Nacimiento ___/___/___

Información del Seguro Secundaria ☐ **HMO** ☐ **PPO** ☐ **Indemnidad** ☐ **Medicare** ☐ **Otro**

Nombre de Aseguransa: _____ Dirección: _____

Nombre del Asegurado: Primero _____ M: ____ Apellido _____

Número de Grupo: _____ Número del Plan: _____ Número de Identificacion: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Asegurado: Fecha de Nacimiento ___/___/___

Miembro de la familia que ha visto anteriormente al Dr. Busse. _____

Quién es el pediatra o medico de familia de su hijo? _____

Quién refirió a su hijo al Dr. Busse? _____

Polízas de Oficina y Pago

Todas las consultas deben ser pagadas en el momento de su visita al menos que se hayan hecho arreglos previos. No reclamaremos pago a su aseguransa 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 polízas con el personal por favor. Estamos dispuestos a trabajar con usted de todas formas possibles.

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 del seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo y solicitud de pago del seguro, incluyendo Medicaid y otros programas patrocinados por el govierno al Dr. Megyn L. Busse. o cualquier otro empleado del proveedor por esta práctica Por lo presente otorgo autoridad para Dr. Megyn L. Busse para realizar un examen de la vista incluyendo pruebas necesarias para el diagnóstico y tratamiento de este paciente.

Firma: _____ **Fecha:** _____

INFORMACIÓN MÉDICA

HISTORIA FAMILIAR (NATURAL___, ADOPTIVO__)

NOMBRE:	EDAD	LENTES?	Describir la enfermedad o condición anormal de los ojos

Liste abajo (el Pariente de Sangre) Padre, la Madre, los Abuelos, los Tíos, las Tías y los Primos que tienen una historia do la enfermedad grave de ojo u ojos desalineados (el ESTRABISMO):

RELACION:	LENTES?	Describir la enfermedad o condicion anormal de los ojos

¿Alguna ejecutar las enfermedades en la familia?.....Si ____ No____
Especialmente nota cruzaron los ojos, la ambliopía (ojo perezoso), defectos de nacimiento, enfermedad neurológica?
En caso afirmativo, ¿qué? _____

Historia del nacimiento

¿Fue el bebé prematuro?____Si____No____¿Cuántas semanas?_____Peso de nacimiento_____
¿Había cualquier problema con la entrega?.....Si____No____
¿Cualquier respirar o alimentar el problema en la primera semana por ahí?.....Si____No____
¿Sentada del apuro o del retardo, caminando, desarrollo del ot que habla?.....Si____No____
¿Dificultades sobresalientes de la escuela?.....Si____No____

Historial Médico

¿Ha sospechado el médico regular del niño o ha diagnosticado alguna enfermedad grave?.....Si____No____
En caso afirmativo, ¿qué? _____
¿Toma el niño las medicinas o los tratamientos con frecuencia o regularmente?.....Si____No____
En caso afirmativo, ¿qué? _____
¿Es el niño alérgico a alguna medicina? (como antibióticos, el Yodo, graba)?.....Si____No____
¿Es el niño alérgico a algún ambiente?.....Si____No____

Historia de ojo

¿El niño ha tenido los lentes antes?.....Si____No____
¿Doctor? _____ ¿Qué ciudad?_____ ¿Fecha del examen de ojo pasado?_____
¿Son los vidrios usados?.....Si____No____
¿Edad primera desgastado?.....Si____No____
¿Cualquier lesions en los ojos?.....Si____No____
¿Cualquier operaciones del ojo?.....Si____No____

Razón de esta visita

_____

_____

Otorgo el consentimiento que una fotografía, el resbaladero o cinta de vídeo de yo mismo o mi niño son utilizados por Dr. Busse para el propósito de la ilustración médica, enseñar, la publicación o investigación sin identificación del nombre del paciente.

_____

Firma Fecha

Austin de oftalmología pediátrica y estrabismo PA

Megyn L Busse, MD
4700 Seton Center Pkwy
Suite 150
Austin, TX 78759

Información importante para el paciente:

Política de refracción: 92015

¿Qué 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 el vision es debido a solamente una necesidad de gafas, 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 estrábica. Se trata de un examen ampliado que requiere más tiempo, esfuerzo y conocimientos en la 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 este examen y examen?
Su seguro puede considerar estos procedimiento 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 le será **$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 realice

____
Fecha

_____
Rechazo para que el siguiente prueba y examen ser

PA DE OFTALMOLOGÍA Y ESTRABISMO PEDIÁTRICO AUSTIN
MEGYN L BUSSE, M.D

Paciente responsabilidad financiera de acuerdo

Como un paciente, está en su mejor interés para 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 seguros. 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 terminado en el momento que se prestan los servicios, usted será único responsable por el importe total de su consulta o cualquier procedimientos prestados.

Además, si estás seguro plan determina un servicio o procedimiento para "no", 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 mis dependientes, incluyendo cargos por servicio de recolección es necesitada.

_____ _____

Firma del paciente/Tutor Fecha

Austin Pediatric Ophthalmology

Aqui en **Austin Pediatric Ophthalmology**, estamos requeridos a implementar el Uso Significativo. Como resultado estamos colectando la informacion requerida por el govierno. El proposito del Uso Significativo es mejorar el cuidado del paciente y reducer el costo del cuidado.

Fecha_____

Nombre del paciente_____

Fecha de nacimiento_____

Correo electronico del paciente o padre_____

Raza

__Afroamericano

__Asiatico

__Caucasico

__Hispano

__Otro_____

__Prefiero no reportar

Etnicidad

__Hispano

__No Hispano

__Prefiero no reportar

Lenguaje Primario

__Ingles

__Frances

__Espanol

__Otro_____

Farmacia Preferida

Nombre de Farmacia_____

Direccion de Farmacia_____

Firma del Paciente o Padres_____