



ALL EYE CARE, P.A.

VISION, MEDICAL & SURGERY

RAJIV RUGWANI, M.D.

Eye Specialist & Eye Surgeon

2271 N. HWY 77 #100 • Waxahachie, TX 75165 • (972) 937-4433 • Fax (972) 937-4525

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Direccion: _____ #Apt: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____ Telefono de casa: _____ Telefono movil: _____

Correo Electronico: _____

Sexo: F _____ M _____ Estado Civil: Soltero (a) _____ Casado (a) _____ Divorciado (a) _____ Viudo (a) _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS# _____ Trabajo: _____ Tel: _____

Doctor de Atencion Primaria: _____ Tel: _____

Farmacia Preferida: _____ Tel: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relacion al Paciente: _____

Telefono: _____ Paciente referido (a) por: _____

RESPONSABILIDAD/INFORMACION DE FACTURA:

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono: _____ Relacion al Paciente: _____

INFORMACION del SEGURO:

Seguro Primario: _____ Numero de Identificacion: _____

Numero de Grupo: _____ Nombre del asegurado: _____

Lugar de Trabajo: _____ Relacion al Paciente: _____

Seguro Secundario: _____ Numero de Identificacion: _____

Numero de Grupo: _____ Nombre del asegurado: _____

Lugar de Trabajo: _____ Relacion al Paciente: _____

X _____ Fecha: _____

Firma del Paciente o Tutor legal



ALL EYE CARE, P.A.

VISION, MEDICAL & SURGERY

RAJIV RUGWANI, M.D.

Eye Specialist & Eye Surgeon

2271 N. HWY 77 #100 • Waxahachie, TX 75165 • (972) 937-4433 • Fax (972) 937-4525

AVISO DE RESPONSABILIDAD Y POLITICA DEL PACIENTE

Para que nuestra oficina presente un reclamo con su seguro, debemos tener una copia de sus tarjetas de seguro primario y secundario para que se registren en su archivo, junto con una identificación con fotografía actual. Si el seguro primario requiere una referencia de su médico de atención primaria para ver a un especialista (Doctor Rugwani) debemos tener la referencia en nuestra oficina antes de su visita. El paciente es responsable de obtener una revisión de su médico de atención primaria, si no podemos confirmar la cobertura de seguro válida, la tarifa total será pagada en el momento en que se presten los servicios.

Es política de esta oficina que cualquier monto de copago, deducible y/o coseguro identificado por el seguro como responsabilidad del paciente se cobrará en el momento en que se brinden los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos previo a través de nuestra oficina comercial. Cualquier responsabilidad del paciente por la cirugía de cataratas debe pagarse antes de la fecha de la cirugía.
All Eye Care, P.A./ Dr Rugwani NO ofrece plan de pago.

POLITICA DE PAGO POR REFRACTION

La refracción es una prueba independiente que determina la potencia necesaria para la prescripción de sus anteojos. Se presenta cuidadosamente una serie de lentes para determinar qué potencia proporciona la visión más clara y nítida para usted. Desafortunadamente, Medicare y la mayoría de las compañías de seguros médicos NO cubren este gasto como parte del examen y, como tal, **cobraremos nuestra tarifa de \$25 al paciente en el momento del servicio.**

ASIGNACION DE SEGURO/ DIVULGACION DE INFORMACION

Por la presente, autorizo a All Eye Care, P.A. divulgar cualquier información relacionada con mi atención con el fin de presentar reclamos a: agencias gubernamentales, federales, estatales, municipales o locales, terceros pagadores de todas las categorías, médicos y hospitales, de conformidad con las reglamentaciones de HIPPA (Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos).

La persona que firma a continuación, ya sea como paciente o representante legal del paciente, acepta que ha leído y comprende los términos y condiciones anteriores y se obliga individualmente a pagar All Eye Care, P.A. por los servicios prestados. La persona que firma a continuación entiende que una cotización de beneficios de esta oficina NO ES UNA GARANTÍA DE PAGO y los pagos reales del seguro serán determinados por la póliza del paciente en el momento en que se procese un reclamo. En caso de que el seguro no pague la factura dentro de los 90 días, él/ella será responsable del pago del saldo en su totalidad. Si la cuenta se transfiere a un abogado para el cobro, la persona que firme a continuación será responsable de todos los honorarios del abogado y los gastos de cobro.

Relación con la/el paciente: Uno mismo Conyuge Padre/Madre Otro: _____
(Por favor seleccione uno)

Imprime aquí

Firme aquí

Fecha



ALL EYE CARE, P.A.

VISION, MEDICAL & SURGERY

RAJIV RUGWANI, M.D.

Eye Specialist & Eye Surgeon

2271 N. HWY 77 #100 • Waxahachie, TX 75165 • (972) 937-4433 • Fax (972) 937-4525

Autorizacion para Divulgar informacion de Salud Protegida

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar **All Eye Care, P.A.'s** Aviso o Practicas de privacidad, que explica como se usara y divulgara mi informacion medica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Como entidad cubierta bajo HIPAA (Ley de Portabilidad Y responsabilidad de Seguros Medicos), All Eye Care, P.A./ Rajiv M. Rugwani, M.D. , es necesario para mantener la privacidad de su informacion de salud protegida. La ley nos prohbe divulgar cualquier informacion de salud protegida a cualquier otra persona que no sea usted sin su autorizacion por escrito. Este acuerdo autoriza a las empleada/os de All Eye Care, P.A./Rajiv M. Rugwani,M.D., divulgar informacion de salud protegida a las personas que se enumeran a continuacion para divulgacion general, fines de tratamiento y obtencion de pago por nuestros servicios.

Nombre

Relacion

Fecha

Esta autorizacion es valida hasta que el paciente la revoque por escrito. El paciente tiene derecho a revocar esta autorizacion en cualquier momento mediante la presentacion de una solicitud por escrito. Una revocacion no es valida y no se aplicara a las divulgaciones realizadas antes de la fecha de la revocacion por escrito.

All Eye Care, P.A./Rajiv M. Rugwani, M.D., no sera responsable de ninguna divulgacion de informacion medica protegida hecha por los destinatarios o informacion autorizada por este documento.

Entiendo que al firmar este documento, autorizo All Eye Care, P.A./Rajiv M. Rugwani, M.D., para divulgar mi informacion de salud protegida para el proposito mencionado anteriormente a las personas que he mencionado arriba.

Nombre impreso del paciente

Fecha: _____

X _____

Firma del Paciente o Tutor legal



ALL EYE CARE, P.A.
VISION, MEDICAL & SURGERY

2271 N. HWY 77 #100 • Waxahachie, TX 75165 • (972) 937-4433 • Fax (972) 937-4525

Informacion Medica

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Medico de Familia: _____ Referido por: _____

HISTORIA DEL PACIENTE

1. Alergia a medicamentos: _____

2. Historia Ocular Pasada: _____

3. Historia Medica Pasada: _____

4. Historial quirúrgico: _____

5. Medicamentos actuales (Nombre y Proposito): _____

HISTORIA FAMILIAR:

SI NO

[] [] Alta Presion

SI NO

[] [] Glaucoma

SI NO

Tabaco [] []

[] [] Enfermedades Cardiacas

[] [] Desprendimiento De Retina

Alcohol [] []

[] [] Diabetes

[] [] Cataratas

Drogas [] []

[] [] Otro: _____

[] [] Trastornos Oculares

Donde Vive:
[] Solo (a) [] Conyuge
[] Otro _____

[] [] Degeneracion Macular

X _____ Fecha: _____
Firma del Paciente o Tutor legal

Firma de Medico: _____ Fecha: _____

Update: Year Initials Update: Year Initials Update: Year Initials

ALL EYE CARE

2271 N. HWY 77 #100 • Waxahachie, TX 75165 • (972) 937-4433 • Fax (972) 937-4525

REVISION DE SISTEMAS

Algun problema en las siguientes areas (pasado o present)? En caso afirmativo, proporcione informacion

CONSTITUCIONAL	<u>NO</u>	<u>SI</u>	
Fiebre	—	—	_____
Aumento/perdida de peso	—	—	_____
OJOS			
Vision Borrosa	—	—	_____
Visión doble	—	—	_____
Dolor	—	—	_____
Secrecion	—	—	_____
OIDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA			
Congestion nasal	—	—	_____
Tos cronica	—	—	_____
Perdida de audicion	—	—	_____
CARDIOVASCULAR			
Corazon	—	—	_____
Alta Presion	—	—	_____
SISTEMA ENDOCRINO			
Diabetes	—	—	_____
Tiroides	—	—	_____
Metodo Anticonceptivo	—	—	_____
Embarazada	—	—	_____
RESPIRATORIO			
Problemas al Respirar	—	—	_____
Asma/Bronquitis	—	—	_____
HEMATOLOGICO/LINFATICO			
Anemia	—	—	_____
Enfermedad de la sangre	—	—	_____
GENITOURINARIO			
Piedras en el Rinon	—	—	_____
Vejiga	—	—	_____
MUSCULO/ESQUELETICO			
Debilidad/Dolor	—	—	_____
INTEGUMENTARIA			
Piel/Seno(s)	—	—	_____
NEUROLOGICA			
Debilidad/Dolor en las articulaciones	—	—	_____
Derrame Cerebral	—	—	_____
Convulsiones	—	—	_____
ALERGIA/INMUNOLOGICA			
Alergias estacionales	—	—	_____
Fiebre del heno	—	—	_____
PSIQUIATRICO			
Cualquier otro problems/condiciones	_____		
Por favor explique	_____		

X _____

Fecha: _____

Firma del Paciente o Tutor legal

Firma de Medico: _____

Fecha: _____

Update:	Year	Initials	Update:	Year	Initials	Update:	Year	Initials
---------	------	----------	---------	------	----------	---------	------	----------