



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 Indentification:_____

Numero de Grupo:_____ Nombre del asegurado:_____

Lugar de Trabajo:_____ Relacion al Paciente:_____

Seguro Secundario:_____ Numero de Indentification:_____

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 indentificacion con fotografia actual. Si el seguro primario requiere una referencia de su medico de atencion primaria para ver a un especialista (Doctor Rugwani) debemos tener la referencia en nuestra oficina antes de su visita. El paciente es respnsable de obtener una remision de su medico de atencion primaria, si no podemos confirmar la cobertua de seguro valida, la tarifa total sera pagada en el momento en que se presten los servicios.

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

POLITICA DE PAGO POR REFRACCION

La refraccion es una prueba independiente que determina la potencia necesaria para la prescripcion de sus anteojos. Se presenta cuidadosamente una serie de lentes para determinar que potencia proporciona la vision mas clara y nitida para usted. Desafortunadamente, Medicare y la mayoría de las companias de seguros medicos NO cubren este gasto como parte del examen y, como tal, **cobramos 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 informacion relacionada con mi atencion con el fin de presentar reclamos a: agencias gubernamentales, federales, estatales, minicipales o locales, terceros pagadores de todas la categorias, medicos y hospitales, de conformidad con las reglamentaciones de HIPPA (Ley de portabilidad y respnsabilidad de seguros medicos).

La person que firma a continuacion, ya sea como paciente o representante legal del paciente, acepta que ha leído y comprende los terminos y condiciones anteriores y se obliga individualmente a pagar All Eye Care, PA.A por los servicios prestados. La persona que firma a continuacion entiende que una cotizacion de beneficios de esta oficina NO ES UNA GARANTIA DE PAGO y los pagos reales del seguro seran determinados por la poliza del paciente en el momento en que se procese unreclamo. En caso de que el seguro no pague la factura dentro de los 90 dias, el/ell sera responsable del pago del saldo en su totalidad. Si la cuenta se transfiere a un abogado para el cobro, la persona que firme a continuacion sera responsable de todos los honorarios del abogado y los gastos de cobro.

Relacion con la/el paciente: Uno mismo Conyuge Padre/Madre Otro:_____

(Por favor seleccione uno)

Imprime aqui

Firme aqui

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 prohíbe 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.

<u>Nombre</u>	<u>Relacion</u>	<u>Fecha</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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 desinatarios 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:

<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIA SOCIAL:

<u>SI</u>	<u>NO</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 (pasasdo 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