

Children's Ear, Nose & Throat of Houston

Información del paciente

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA) _____ Edad _____ Sexo: M F Seguro Social _____

Domicilio _____

Si es estudiante, nombre de la escuela _____ Tiempo Completo o Medio tiempo _____

Doctor que lo refirió _____ Teléfono _____

Nombre de otro Doctor que lo atiende _____ Teléfono _____

Madre:Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA) _____ Seguro Social _____ Licencia # _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado/Código Postal _____

Teléfono Hogar _____ Teléfono Trabajo _____

Nombre de su lugar de empleo _____

Domicilio de su lugar de empleo _____

Padre:Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA) _____ Seguro Social _____ Licencia # _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado/Código Postal _____

Teléfono Hogar _____ Teléfono Trabajo _____

Nombre de su lugar de empleo _____

Domicilio de su lugar de empleo _____

En caso de emergencia a quien notifican _____ Teléfono Hogar _____

Relación _____ Teléfono Trabajo _____

Persona responsable de la Cuenta (Si es diferente del paciente)

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA) _____ Seguro Social _____ Licencia # _____

Relación con el paciente _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado/Código Postal _____

Teléfono Hogar _____ Teléfono Trabajo _____

Nombre de su lugar de empleo _____

Domicilio de su lugar de empleo _____

Ciudad _____ Estado/Código Postal _____

Información de la Aseguranza

(Por favor proporcione su aseguranza y su licencia para sacar una copia)

Cobertura del la Aseguranza Primaria

Nombre de la Aseguranza Primaria _____ Teléfono _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado/Código Postal _____
Nombre de la persona que carga la aseguranza _____
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA) _____ Seguro Social _____ Licencia # _____
Relación con el paciente _____
Nombre de su lugar de empleo _____
Número del la Poliza _____ Si, es Medicare/Medicaid número de Identificación _____
Número de Grupo _____ Nombre de Grupo _____

Cobertura del la Aseguranza Secundaria

Nombre de la Aseguranza Secundaria _____ Teléfono _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado/Código Postal _____
Nombre de la persona que carga la aseguranza _____
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA) _____ Seguro Social _____ Licencia # _____
Relación con el paciente _____
Nombre de su lugar de empleo _____
Número del la Poliza _____ Si, es Medicare/Medicaid número de Identificación _____
Número de Grupo _____ Nombre de Grupo _____

Autorizo a Texas Ear, Nose & Throat Consultants, PLLC proveer cualquier información asociada con esta enfermedad o accidental doctor que me refirió, otros profesionistas de salud o a mi aseguranza.

Firma/paciente/Tutor _____ Fecha _____

Historial Medica del Paciente

Nombre del paciente _____

Apellido

Nombre

Edad _____ Peso _____ Estatura _____

Describe su problema actual _____

Por cuanto tiempo ha tenido este problema _____

Escriba los nombres de los doctores que lo hayan visto por este problema: _____

Circule alguna enfermedad que padesca:

Presion Alta

Hepatitis/Problemas con el higado

Problemas con el Corazon

Problemas con los rinones

Diabetes

Tumores/cancer

Asma/Problemas Pulmonares

Ataques epilepticos

Problemas con la Tiroides

Ulceras o problemas estomacales

Tuberculosis

Otro: _____

Medicinas que este tomando para estas enfermedades _____

ALERGICO a algun medicamento (Si no, escriba Ninguna) _____

Operaciones y fechas aproximadas _____

Accidentes graves y fechas aproximadas _____

Esta embarazada? No Si, fecha de espera (MMDDAA) _____

Historial Familiar – Circule algunas de las enfermedades graves en su familia:

Problems de Corazon

Diabetes

Hemorragias

Anemia

Problemas Hereditarios

Tumores/cancer

Otros: _____

Historial Social:

Ocupacion: _____

Fuma? No Si, cajetillas por dia? _____ Cuantos anos? _____

Autorizacion para Tratamiento

Autorizo un examen general y especializado de mi cabeza, cuello y cualquier otro sistema u orango relacionado a mi condicion. Entiendo que el examen y el tratamiento puede incluir lo siguiente:

- Historial medico general
- Inspeccion de mi cabeza, oidos, nariz, boca, garganta y cuello
- Examen con endoscopia (luces y lentes especializados)
- Examen de pecho, abdomen y sistema nervioso, cuando sea nedesario
- Examen y limpieza de mis oidos bajo un microscopio
- El uso de anesthesia local
- La aplicacion o inyeccion de antibiotico u otro medicina terapeutica
- Le coleccion de secreciones, flemas
- Sacar sangre
- Radiografias o examenes de audicion o de balance, cuando sea necesario
- Documentacion en fotografias o videos de mis resultados

Entiendo que la informacion medica, incluyendo fotografias videos seran manejadas confidencialmente, y mi identificacion sera anonima en cualquier presentacion.

Tengo el derecho de hacer preguntas sobre los propositos y riesgos de los examenes, estudios y tratamiento.

Entiendo qu esta authorizacion se mantendra en efecto para todas las visitas en el consultorio de TENT y se aplica para todos los doctores y asistentes de los doctores en el grupo.

Firma _____ Fecha _____
(Paciente o persona legal encargada del paciente)

Nota: Otras autorizaciones podran ser pedidas en procedimientos especiales o pequenas cirugias.

Poliza Financiera

Gracia por seleccionar a TENT para sus cuidado medico. Para no tener ningun mal entendido sobre la responsibilidad del pago de los servicios medicos o cirugia hechos a los pacientes, le presentamos la siguiente informacion:

El paciente o la persona encargada es responsable por el pago de los servicios medicos, exámenes o procedimientos el dia de la cita, examen o procedimiento. En caso de padres divorciados, el padre que trajo al niño a la oficina es responsable por el pago, el dia de la cita. Una copia de la factura le sera entregada en cada visita. Esta contiene toda la informacion necesaria para que usted mande cobrar a su aseguranza.

A cada paciente se le pedira su tarjeta de aseguranza y su licencia al tiempo de registrarse, con el proposito de identificacion.

Sis u aseguranza require una forma de referencia de su doctor promario, es su responsibilidad traer esta forma con usted y mostrarsela a la recepcionista el dia de su cita.

Covertura por aseguranza de contrato con los doctores

Si tiene aseguranza con alguna compania con la que nosotros tenemos contrato, requerimos de una copia de su tarjeta de aseguranza y pago de su deducible y/o pago de su co-pago a la hor de la visita. Una lista de las aseguranzas con las que tenemos contrato esta adjunta.

Medicaid

Todos los pacientes con cobertura de Medicaid tendran que proveer su tarjeta de Medicaid actual al tiempo de la cita. Si a los tres meses de la visita, Medicaid le mand una tarjeta retroactive que cobra la fecha de su visita, el pago sera reembolsado despues de que Medicaid pague por la visita. Los servicios que no cubre Medicaid tendran que ser pagados el dia de la visita como los tapones para oidos.

Medicare

Las citas con los doctores son cubiertas bajo la Parte-B del program de Medicare. Medicare paga el 80% de que se mande cobrar a la asegurana, autorizo que el pago sea enviado directo a TENT. Una fotocopia de este consentimiento sera considerado como efectivo y valido como el original.

Firma de la persona responsable _____ Fecha _____

Autorizo que se de la informacion medica necesaria para procesar mis cargos.

Firma del paciente (o la persona responsable) _____ Fecha _____