

## INFORMACION DEL PACIENTE

(FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE)

FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DOCTOR \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE NO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE) \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELEFONO (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ SEXO: MASCULINO \_\_\_\_ FEMENINO \_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (MES) \_\_\_\_ / (DIA) \_\_\_\_ / (ANO) \_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_

DOCTOR DE CABECERA Y/O CUIDADOS PRIMARIOS \_\_\_\_\_

MANDADO A NEURO-OPH. OF TX POR: DOCTOR \_\_\_\_\_ OPTOMETRISTA \_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ TELEFONO (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_

PARIENTE CERCANO \_\_\_\_\_ TELEFONO (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_

ESPOSO (A) (APELLIDO, NOMBRE) \_\_\_\_\_

EMPLEO \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_ TELEFONO (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**POLIZA DE PAGO:** Se acostumbra pagar por servicios profesionales al recibirlos. Para se conveniencia aceptamos tarjetas de credito, cheques o dinero en efectivo.

**ASEGURANZA:** Favor de leer y firmar abajo si usted tiene aseguranza con HMO/PPO/POS, agencia estatal o compensacion del trabajo. Asegurese que el doctor que usted va a ver esta contratado con su aseguranza. Presente se tarjeta de la aseguranza junto con los papeles de autorizacion a la recepcionista.

**MEDICO / QUIRURGICOS Y ENTREGA DE INFORMACION:** Yo doy autorizacion a mi aseguranza para pagar por servicios dados a mi persona por Neuro-Oph. of TX, por servicios medicos / quirurgicos no pagad hechos ahora o en el futuro.

**SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Durante su vista puede hacersele una refraccion. **ADVERTENCIA:** Esto es un servicio no pagado por la mayoría de las aseguranzas. El procedimiento de cualquier servicio recibido **NO GARANTIZA PAGO** de su aseguranza (Usted sera responsable por estos servicios).

El contenido de este documento estara en efecto hasta ser rechazado por escrito por usted.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

# NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC

## AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION **LIBERACION DE HISTORIA MEDICA** - POR FAVOR ESCRIBA con CLARIDAD-

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE INICIAL

Direccion : \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD  
ESTADO CODIGO ZIP

TELEFONO: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Historia Médica#: \_\_\_\_\_

Yo autorizo \_\_\_\_\_ a liberar información médica de mi historia médica a :

**Dr. Rosa A. Tang, M.D., M.P.H.**

**DIRECCION POSTAL:**

2617 C WEST HOLCOMBE BLVD #575  
HOUSTON, TEXAS 77025  
**TELEFONO:** 713 942-2187 ó 409-740-3836  
**FAX:** 713 942-0265 OR 409-741-2850

PARA PROPOSITOS DE REVISION/ EXAMEN Y OTROS AUTORIZO A FACILITAR TANTAS COPIAS COMO SEAN REQUERIDAS DE AQUÍ EN ADELANTE. LO QUE ANTECEDE ESTA SUJETO A TALES LIMITACIONES COMO SE INDICA DEBAJO :

- HISTORIA COMPLETA  
 INFORMACION ESPECIFICA: \_\_\_\_\_  
 HISTORIAS ANTIGUAS DE MEDICOS ANTERIORES

DOY ESPECIAL PERMISO A LIBERAR CUALQUIER INFORMACION RELACIONADA CON :  
[INICIAL EN LA LINEA(S) ABAJO QUE USTED NOS OTORGA SU PERMISO A LIBERAR INFORMACION A LOS ANTES MENCIONADOS]

- \_\_\_\_\_ ABUSO DE SUBSTANCIA  
\_\_\_\_\_ INFORMACION DE SALUD MENTAL / PSIQUIATRICA  
\_\_\_\_\_ INFORMACION SOBRE SIDA / HIV

LA PRESENTE AUTORIZACION AUTOMATICAMENTE EXPIRARA AL CUMPLIRSE UN AÑO DE LA FECHA DE LA FIRMA .  
COMPRENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO EXCEPTO CUANDO SE HAYA ACTUADO BASANDOSE EN SU AUTORIZACION.

MOTIVO DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA ( SI NO ES EL PACIENTE MENCIONE LA RELACION)

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

**NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC**

**PERMISO PARA DEJAR UN MENSAJE**

Doy mi permiso para que el personal de *NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC* pueda dejar mensajes relacionados con el trabajo de laboratorio, resultados de biopsia, medicación ó cualquier otra información médica relacionada con mi condición en lo siguiente:

✓ **HAGA UN CHECK EN TODO LO QUE SE APLICA**

\_\_\_\_\_ **Máquina contestadora del hogar**  
Teléfono #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Mensaje de Voz del trabajo ó contestadora**  
Teléfono #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **miembro de Familia (por favor haga un circulo):**  
esposo/a    hijos    padres    hermano    hermana

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono #:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Empleada del hogar o Niñera**  
Teléfono #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Secretaria**  
Teléfono #: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE :** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO :** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR :** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC**

**IMPORTANTE**  
**AVISO PARA EL PACIENTE**

EL PAGO POR TODOS LOS SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS SON DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC REMITIRA RECLAMOS AL ASEGURADOR DEL PACIENTE SOLO POR CORTESIA.

SI NO ES PRONTAMENTE PAGADO POR EL ASEGURADOR , EL PAGO SERA BUSCADO DIRECTAMENTE CON EL PACIENTE .

CUALQUIER MONTO *NO PAGADO* POR LA ASEGURADORA DEL PACIENTE ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PAGAR .

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

# **NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC**

## **RENUNCIA DE PRIVACIDAD DE FAX**

Entiendo que mi historia médica puede ser transmitida electronicamente por fax y puede ser recibida por error por una tercera persona. En el caso de que ésto ocurra yo absuelvo a NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC de toda responsabilidad. Doy mi consentimiento de que faxeen mi historia para propósitos de tratamiento,pago y operaciones de salud y entiendo que puedo retirar éste consentimiento por escrito en cualquier momento.

---

**FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE**

**FECHA**

---

**NOMBRE EN IMPRENTA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE**

**NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC**

**ACUSE DE RECIBO DEL  
AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE :**

**NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC**

Mediante la firma de este documento , reconosco haber recibido una copia del aviso sobre las Prácticas de Privacidad de NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC.

\_\_\_\_\_

NOMBRE (IMPRESA)

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

FECHA

-----

**PARA USO EXCLUSIVO DE NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC**

FECHA DE RECIBO DEL AVISO : \_\_\_\_\_

-O-

MOTIVO POR EL CUAL EL AVISO *NO FUE* OBTENIDO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# **NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC**

## **AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PODRA SER UTILIZADA Y REVELADA Y DE QUE MANERA PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACION . POR FAVOR REVISELO CIUDADOSAMENTE .**

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC utiliza la información sobre su salud para tratamientos, para obtener pagos por tratamientos , para propósitos administrativos, y para evaluar la calidad de la atención que usted recibe. La información sobre su salud esta contenida en una historia médica que es la propiedad física de The University Eye Institute , (Instituto de Ojos de la Universidad).

**Como NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC Puede Utilizar o Revelar la información sobre su salud**

Para Tratamientos. NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC puede utilizar la información sobre su salud para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo , información obtenida por un proveedor de salud , tal como un Optometrista, un médico, enfermera o cualquier otra persona que le este brindando el servicio de salud, podrá guardar información en su historia médica relacionada con su tratamiento. Esa información es necesaria para que los proveedores de servicios de salud determinen que tratamiento debe usted recibir. Los proveedores de salud también llevarán un record referente a las acciones tomadas por ellos en el transcurso de su tratamiento y anotarán como respondió usted a dichas acciones. Si ha sido usted referido a nuestras instalaciones por un proveedor de salud fuera de NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC, ese doctor que lo refirió podría haber enviado información sobre usted con anticipación para apoyar en su tratamiento. Nosotros le proveeremos al doctor que lo refirió copias de su historia o reportes que lo ayudarán a él/ella en su tratamiento y el cuidado de su salud después que haya usted completado su evaluación en nuestras instalaciones.

Para pagos. NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC podrá usar y revelar información sobre su salud a otros con el propósito de recibir un pago por el tratamiento y servicios de salud recibidos por usted. Por ejemplo , una cuenta puede ser enviada a usted o a un tercer pagador , tal como una compañía de seguros o un plan de salud. La información en la cuenta podría contener información que lo identifique a usted , a su diagnóstico y su tratamiento, o los insumos utilizados en el transcurso de su tratamiento.

Para Actividades del Servicio de Salud. NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC podrá usar y revelar información sobre su salud para propósitos operativos. Por ejemplo, su información de salud puede ser revelada a miembros del staff médico, al personal de mejoramiento del riesgo y calidad y a otros para :

- evaluar el desempeño de nuestro staff;
- evaluar la calidad del cuidado y resultados en su caso y casos similares ;
- saber como mejorar nuestras instalaciones y servicios ; y
- determinar como mejorar continuamente la calidad y efectividad del servicio de salud que brindamos.

Consultas. NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC puede usar su información para proveerlo de recordatorios de consulta , de información sobre tratamientos alternativos ó de cualquier otro beneficio y servicio relacionado con la salud que pudiera interesarlo. Usted ó un miembro de su

familia pueden ser contactados por correo y/ó teléfono al número que usted ha facilitado para recordarle la proximidad de una consulta .

Notificación. NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC puede usar y revelar información para notificarlo o ayudar a notificar a un miembro de su familia, representante personal o cualquier otra persona responsable del cuidado de su condición general. Tiene el derecho de restringir a quien le revelamos información referente a usted.

Marketing. NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC en concordancia con las restricciones, tanto Federal como Estatal, no puede revelar información sobre su salud a una tercera parte para propósitos de marketing , al menos que se haya obtenido de ante mano una autorización suya para hacer esto. Sin embargo, NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC puede directamente ofrecerselo "cara a cara" o por correo para oportunidades de investigación, servicios, procedimientos, o materiales ofrecidos por NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC que puedan ser de su beneficio. Si usted no desea recibir esta información, tiene el derecho de ser removido de nuestra lista de correos.

Requerido por Ley. NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC puede usar y revelar información sobre usted tal como lo requiere la Ley. Por ejemplo, NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC puede revelar información para los siguientes propósitos :

- para procedimientos judiciales y administrativos seguidos por la autoridad legal ;
- para reportar información relacionada con víctimas de abuso, negligencia o violencia domestica; y
- ayudar a los oficiales de la ley con sus obligaciones en la aplicación de la ley;

Salud Pública. su información de salud podrá ser usada ó revelada para actividades de salud pública tales como ayudar a las autoridades de la salud pública ó cualquier otra autoridad legal a prevenir o controlar enfermedades, heridas, discapacidad, ó cualquier otra actividad de supervisión del servicio de salud.

Decedents. Información de salud puede ser revelada a los directores funerarios ó forences para permitirles llevar a cabo su deberes legales .

Investigacion. NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC puede usar su información de salud para propósitos de investigación cuando una junta de revisión institucional, o junta privada que ha revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información de salud hayan aprobado la investigación. Usted puede ser contactado por teléfono ó por correo solicitandole participar en estudios específicos en NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC ó recibir información general referente a oportunidades de investigación .

Salud y Seguridad. La información sobre su salud puede ser revelada al advertir una seria amenaza para su salud , su seguridad o de cualquier otra persona de acuerdo a la ley vigente .

Funciones Gubernamentales. La información sobre su salud puede ser revelada para funciones gubernamentales specializadas tales como la protección de oficiales públicos ó reportar a las diversas ramas de los servicios armados.

Compensacion Laboral. Su información de salud puede ser usada ó revelada con la finalidad de cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con la Compensación Laboral .

Otros usos. Otros usos y revelaciones serán hechas sólo con su autorización escrita y puede revocar la autorización excepto en la medida en que NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC ya haya actuado basandose en su autorización .

### **Sus Derechos sobre su Información de Salud**

Usted tiene el derecho a :

- solicitar una restricción en ciertos usos y revelaciones de su información como está previsto en 45 C.F.R. §164.522; sin embargo, NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC no requiere estar de acuerdo con una restricción solicitada;
- obtener una copia en papel del aviso de información sobre las prácticas de privacidad a solicitud;
- inspeccionar y obtener una copia de su historia médica como está previsto en 45 C.F.R. §164.524;
- solicitar que su historia médica sea corregida tal como está previsto en 45 C.F.R. §164.526;
- solicitar comunicaciones sobre su información de salud por medios alternativos o lugares alternativos ; y
- recibir una relación de las revelaciones hechas sobre su información de salud como está previsto por 45 C.F.R. §164.528.

### **Quejas**

Usted puede quejarse a NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC y al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Oficina de Derechos Civiles ) si usted cree que su privacidad ha sido violada . Usted no será objeto de represalia si emite una queja.

### **Obligaciones de NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC**

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC es requerida por ley a :

- mantener la privacidad de la información de salud protegida ;
- proveerlo de este aviso sobre sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud ;
- Cumplir con los términos de este aviso ;
- notificarlo si no podemos estar de acuerdo con una solicitud de restricción, sobre la manera en que su información es usada y revelada;
- acomodar solicitudes razonables que pueda haber realizado para comunicar información sobre su salud por medios alternativos ó en lugares alternativos; y

NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de información y hacer que las nuevas previsiones sean efectivas para toda la información de salud protegida que ella guarda. Estarán disponibles para usted avisos revisados en su próxima visita.

### **Contacto**

Si tiene alguna pregunta ó queja por favor comuníquese con :

Oficial de Privacidad

**NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS, PLLC**

Houston, Texas

Oficina: 713-942-2187

**NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS**  
**HISTORIAL MEDICIO**

NOMBRE \_\_\_\_\_ NUMERO EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO:** Favor de contestar las siguientes preguntas.

1. A sido usted tratado por alguna condicion medica. (ejemplo diabetes, presion alta, arthritis, etc.)?

NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

2. A tenido usted alguna enfermedad de los ojos? (ejemplo glaucoma, cataratas, desprendimiento de la retina, ojo debil, etc.)

NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

3. A tenido usted cirugia en los ojos? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

4. A tenido usted alguna otra cirugia? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

5. A sido hospitalizado alguna vez? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

6. Usa usted alguna medicina para los ojos? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

7. Toma usted alguna medicina? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

8. Es usted alergica a alguna medicina o alimento? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL SOCIAL:** Usted Fuma? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, cuantos? \_\_\_\_\_

Usted consume alcohol? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, cuantos? \_\_\_\_\_

Si empleado, cuantas horas trabaja por semana? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR:** Existen enfermedades medicas o enfermedades de los ojos en su familia (ejemplo diabetes, presion alta, cancer, glaucoma, degeneracion de la macula, etc.)? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_

SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

**NEURO-OPHTHALMOLOGY OF TEXAS**  
**HISTORIAL MEDICIO**

NOMBRE \_\_\_\_\_ NUMERO EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**REPASO DE SISTEMA:** Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas:

Fiebre cronica inesperada, perdida de peso/aumento, cansancio, sudores en la noche?

NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Oido/nariz/problemas en la garganta (ejemplo perdido de oido, problemas de sinusitis, dolor de garganta, etc.)? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Problemas del corazon (ejemplo dolor de pecho, latidos irregulares del corazon, etc.)?

NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Problemas respiratorios (ejemplo respiracion dificultosa, resuello, tos, etc.)?

NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Problemas gastrointestinales (ejemplo dolor o incomodidad, sangre en la orina)?

NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Problemas de la piel (ejemplo erupcion, sequedad excesiva, etc.)?

NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Problemas musculares (ejemplo dolores musculares, dolor de los huesos, inflamacion de las coyonturas, etc.)? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Problemas neurologicos (ejemplo insensibilidad, debilidad, dolor de cabeza, mareos, etc.)?

NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Problemas psicologicos (ejemplo depresion, ansiedad, etc.)?

NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ SI, Favor de explicar: \_\_\_\_\_

Otro problema? Favor de explicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE M.D. DATE \_\_\_\_\_





