



Valley Retina Institute, P.A.

Información Del Paciente

Given to pt. _____

Ret. by pt. _____

Nombre Del Paciente: _____ Apellido: _____ Edad: _____

Fecha De Nacimiento: _____ #SS: _____ Sex: M F

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado _____

Teléfono de Hogar: (____) _____ Cel #: (____) _____ Otro #: (____) _____

En caso de emergencia, notifique: _____ Relación: _____ # de Teléfono: _____

Medico Familiar: _____ Ciudad _____ # de Teléfono: _____

Doctor que lo Refirio: _____ Ciudad _____ # de Teléfono _____

INFORMACION DEL GARANTE

Yo Esposo (a) Madre Padre Otro – Si “Otro”, que relación al paciente? _____

Responsable de la cuenta: _____ # Teléfono: _____ # SS: _____

Empleado: _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Nombre del Seguro: _____ # de Póliza: _____

Seguro del trabajador: _____ # dePóliza: _____

AUTORIZACION PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACION MEDICA

Autorizo al doctor intercambiar cualquier información adquirida en el transcurso de mi revisión o tratamiento si es necesario. Incluso doy consentimiento a: _____, Fecha: _____, para obtener información del paciente o estado de balance.

Firma: _____ Fecha: _____

Autorizo por este medio a Valley Retina Institute P.A. el permiso para solicitar los beneficios por los servicios realizados por el doctor. Solicito que el pago de mi seguro se mande directamente a Valley Retina Institute P.A.

Avisos de Privacidad y Practicas: Usted tiene el derecho de leer nuestro aviso de practica antes de firmar cualquier consentimiento. Nuestro aviso de practica describe nuestros tratamientos, costos, procedimientos, los usos de cualquier información medica serán protegidos. Una copia de nuestro aviso de privacidad se le dará junto con la información del paciente. Se le sugiere leer cuidadosamente el aviso de privacidad y si tiene alguna duda antes de firmar el consentimiento no dude en hacérselo saber. Nos reservamos el derecho a cualquier cambio en nuestro aviso de privacidad que se realice en nuestro aviso de practica. Si hay algún cambio en nuestra practica de privacidad se le hará saber en nuestro aviso de practica. Los cambios realizados podrán ser aplicados en su información medica que obtendremos. Usted puede exigir en la recepción una copia de nuestro aviso de privacidad y practica incluyendo algún cambio.

Autorización del pago de Beneficios al Doctor: Acepto total responsabilidad sobre cualquier cargo que mi seguro no cubra, y estoy de acuerdo que si presento información incorrecta sobre mi seguro el día de mi cita me haré responsable de todo gasto por la consulta. Yo garantizo que la información dada es correcta, también les haré saber cualquier cambio realizado. ***Habrá un cargo de adicional de \$ 35 por cada cheque sin fondos***

Se me dio la oportunidad de leer y considerar todo el contenido de esta información.

Firma: _____ Fecha: _____

Si el paciente es menor de edad se necesitara el consentimiento de el padre, madre o tutor.

Firma del Tutor: _____ Fecha: _____



VALLEY RETINA INSTITUTE, P. A.

Diseases and Surgery of the Retina and Vitreous

HOJA DE INFORMACION

Usted a sido referido a Valley Retina Institute, P.A. Nuestros doctores cuentan con reconocimientos médicos amplios y administración quirúrgica en enfermedades de Retina y Vítreo. Nosotros creemos en proveer cuidado personal a nuestros pacientes.

En orden para evaluar y confirmar un diagnostico mas avanzado por lo cual usted a sido referido, es necesario para nosotros llevar acabo una serie de exámenes. Estos exámenes son esenciales para la administración adecuada en endolaser problema de sus ojos. Por favor espere estar en la oficina alrededor de 2 a 3 horas para completar todos sus estudios.

Por favor siga esta simple guía para asegurarnos de proveerle con endolaser mejor servicio posible.

- Su cita durara aproximadamente 2 a 3 horas dependiendo en endolaser número de estudios que se lleven acabo.
- Si es posible haga arreglos de que alguien lo acompañe y lo lleve de regreso a su casa, puesto que sus ojos serán dilatados.
- Traiga un par de gafas para el sol o si lo prefiere contamos con protección para el sol.
- Asesórenos con cada uno de los medicamentos que usted esta tomando y un breve historial medico.
- Traiga sus medicamentos a toda y cada una de sus citas. Incluya todos los medicamentos que tome en general para su salud incluyendo la de los ojos.
- Usted deberá tomar su medicamento a su horario regular para que así no interfiera con Nuestra evaluación.
- Por favor note que el tiempo de su cita que fue asignada será al momento de que sus estudiantes empiecen. Esta no será la hora en la que usted seta atendido(a) por endolaser doctor. Usted probablemente notara que endolaser paciente que llego después que usted lo llamaron primero, esto ocurre porque ellos han sido citados para un examen especial que no requiere ser atenido por el doctor.
- Asegúrese de comer, amenos que le den alguna otra instrucción. Favor de traer con usted algún tentempié debido a un posible retraso en tiempo de espera.
- Solamente un miembro de la familia o acompañante ser admitido en el área de examen debido al límite de espacio.
- Su paciencia y comprensión serán apreciadas gratamente. Esperamos que su cita sea lo más breve y grata posible. En caso de cualquier pregunta, favor de comunicarse con cualquiera de nuestro personal.

VICTOR H. GONZALEZ, M.D.

1309 E. Ridge Road, Suite 1
1205 Ed Carey Drive
864 Central Blvd., Suite 2800

McAllen, Texas 78503
Harlingen, Texas 78550
Brownsville, Texas 78520

(956) 631-8875
(956) 423-2100
(956) 504-1202

Fax (956) 631-9134
Fax (956) 364-0277
Fax (956) 504-1306

AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION PODRA SER USADA O DADA A CONOCER, Y COMO USTED PODRA ACCESAR A ESTA INFORMACION. FAVOR DE REVISAR ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

- Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer a otros proveedores de salud con el propósito de proveerle a usted un cuidado de salud de calidad continua.
- Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer a su compañía aseguradora con el propósito de recibir pago por proveerle los servicios de cuidado de salud.
- Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer a oficiales públicos o agencias de la fuerza de la ley en una investigación en la cual usted ha sido víctima de abuso, o violencia domestica o criminal.
- Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer a otros profesionales de cuidado de salud en el caso de una emergencia de su salud.
- Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer a organizaciones de salud publica u organizaciones federales en el caso de una enfermedad contagiosa, un dispositivo medico defectivo, o una reacción negativa a un medicamento o a una comida.
- Su información confidencial de cuidado de salud no podrá ser dada a conocer por razones otras de aquellas quien están delineadas en este aviso.
- Su información confidencial de cuidado de salud podría ser dada a conocer solamente después de recibir su autorización por escrito. Usted tiene el derecho de revocar su permiso de dar a conocer su información confidencial de cuidado de salud en cualquier momento.
- El personal de este despacho podrá recordarle sus citas, opciones u otros servicios de tratamientos que sean de su interés. Los mensajes relacionados a citas de seguimiento se pueden dejar en una maquina de recados o con el individuo que contesta el teléfono.
- Usted tiene el derecho de restringir el uso y la divulgación de su información confidencial de cuidado de salud a cualquier miembro de su familia, amistades, o a otras personas involucradas en el cuidado de su salud o de pago. Sin embargo, el despacho podrá decidir rehusar su restricción por estar en conflicto de proveerle con un cuidado de salud de calidad, o en el evento de una emergencia médica.
- Usted tiene el derecho de recibir comunicación confidencial sobre el estado de su cuidado de salud.
- Usted tiene el derecho de revisar y requerir una copia de cualquier parte y/o toda la información en su expediente de salud.
- Usted tiene el derecho de pedir un cambio de información en su expediente de salud.
- Usted tiene el derecho de saber quien ha obtenido su información confidencial de cuidado de salud y saber para qué propósito lo pidieron.
- Usted tiene el derecho de obtener una copia de este “Aviso de Privacidad” cuando lo pida.
- Este despacho requerido por ley a proteger la privacidad de sus pacientes.
- Este despacho actuara acuerdo a lo previsto en este “Aviso de Privacidad”. Nosotros tenemos derecho de hacer cambios a este aviso siempre y cuando mantengamos la privacidad de toda información de cuidado de salud.
- Usted tiene el derecho de quejarse con el Oficial de Privacidad de este despacho y a la Secretaria de Salud y Derechos Humanos, si usted cree que sus derechos a privacidad han sido previamente violados. Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, favor de dirigir sus quejas a: ATTN: Privacy Officer, Valley Retina Institute, P.A., 1309 E. Ridge Rd., Ste. 1, McAllen, TX 78503.
- Toda queja será investigada. Este despacho no tomara represalia alguna por las quejas presentadas por usted.
- Para más información sobre este “Aviso de Privacidad”, favor de contactar al Oficial de Privacidad: (956) 631-8875.