

Chart#

Dr. Jason W. Hendrix M.D.
Dr. D. Snow Slade M.D.



617 E Riverside Dr. Ste 101
St. George UT 84790
Phone: 435-628-4507
Fax: 435-628-3748

PATIENT INFORMATION

Información sobre seguros

Nombre del paciente _____

Seguro primario _____

Fecha de nacimiento ___/___/___ Edad _____

Nombre del suscriptor _____

El Sexo M F

Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Seguridad social # _____

El seguro secundario _____

Dirección de correo _____

Nombre del suscriptor _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Teléfono de casa (____) _____

Teléfono celular (____) _____

Correo electrónico _____

Estado civil _____

Parte responsable/tutor

Idioma preferido _____

Nombre _____

Raza (Requerido) Caucasian Native

Dirección _____

American African American Asian

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Other

Teléfono de casa (____) _____

Origen étnico Hispanic/Non-Hispanic/Rechazado

Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Empleador _____

Empleador _____

Dirección del empleador _____

Teléfono del empleador (____) _____

Teléfono del empleador (____) _____

** Contacto de emergencia (nombre y número) _____

Autorizo a la persona o personas que se indican a continuación para recibir información acerca de mi información personal de salud:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Firma del paciente o de la persona autorizada para firmar por paciente Fecha



Publicación de información médica

Confirmando que me ha facilitado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de St. George Eye Center (la Clínica) y que la clínica puede liberar la totalidad o partes de mi registro médico a mí y a las personas o empresas encargadas de pagar los cargos por mi atención, como mi seguro o empresas de beneficios de salud o portadores de compensación al trabajador. Además, acepto que la clínica puede revelar mi información del paciente para el tratamiento de referencia o de otros proveedores de cuidado de la salud y da derecho, incluyendo pero no limitado a, las copias de los resultados de laboratorio, informes de pruebas de diagnóstico, películas/imágenes y otra información clínica, solicitar más información, y revocar esta autorización, según lo permitido por las normas federales de privacidad y de conformidad con la política de privacidad de la clínica.

Paciente/Parte responsable la firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento para el tratamiento

Doy mi consentimiento para el tratamiento médico, diagnóstico y pruebas de laboratorio, y otros procedimientos que el médico(s) estime conveniente en el tratamiento de mi caso (o como tutor legal por paciente). La clínica determinarán la correcta disposición de cualquier tipo de tejidos, piezas. O fluidos corporales en consonancia con las leyes estatales y federales. El presente Acuerdo permanecerá en vigor hasta que yo elija a revocar por escrito..

Paciente/Parte responsable la firma: _____ Fecha: _____

Carga de crédito y financiación política y acuerdo

Autorizo a cualquier beneficio que me debe pagarse directamente a la Clínica 1054 E Riverside Dr. Ste 201, San Jorge UT 84790. Entiendo y acepto que soy financieramente responsable por todos los montos deducibles, co-seguros, servicios no cubiertos o servicios considerados como "no es médicamente necesario" por mi compañía de seguros de terceros. Estoy de acuerdo en que soy responsable para satisfacer todas las condiciones necesarias para un seguro o beneficios para la salud.

Un cargo de financiamiento (1,5% por mes/Apr 18%) puede ser añadido a cualquier importe cuyo pago no ha sido recibido dentro del plazo de 60 días a partir de la fecha de la declaración en la que el importe aparece por primera vez. Por la presente me comprometo a pagar un cargo por servicio de \$20.00 por cada cheque u otro instrumento lícitos por mí, pero regresó para esta planta. Cargos adicionales pueden ser aplicados para las cuentas colocados con colecciones de terceros organismos, o incapacidad para hacer necesario co-pagos en el momento del servicio.

Queda entendido y acordado que si no alcanzo a pagar esta cuenta de acuerdo con la política, entonces voy a pagar todos los honorarios razonables de abogados y otros costos incurridos para la colección de esta cuenta.

En consideración de los servicios médicos prestados, me (nos) reconocer que me (nos) han recibido el aviso de la clínica y la política financiera de acuerdo a pagar por dichos servicios médicos de acuerdo con dichos términos.

Paciente/Parte responsable la firma: _____ Fecha: _____

EL ACUERDO DEL PACIENTE DE MEDICARE (Requerido por Medicare para todas las reclamaciones de Medicare)

Nombre del Entitlee _____

Número de suscriptor de Medicare _____

Solicito que el pago de beneficios de Medicare autorizado hacerse bien para mí o en mi nombre a ST. GEORGE EYE CENTER, LLC para cualquier servicio proporcionado a mí por dicho proveedor. Autorizo a cualquier titular de la información médica acerca de mí para liberar al Centro de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios conexos.

Esta autorización está en efecto hasta que yo elija a revocar por escrito.

La firma: _____ Fecha: _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Hoja de información médica

| |
|---------------------|
| NAME _____ |
| DOB _____ |
| MRN _____ |
| Hendrix/Slade/Smith |

Médico de referencia: _____

El médico primario: _____

¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes? En caso afirmativo, ¿cuándo?

| | Si | No | When? |
|------------------------------------|----|----|-------|
| Lesiones oculares | | | |
| Glaucoma | | | |
| LASIK/RK/PRK (circle one) | | | |
| Cirugías oculares (Explicar) _____ | | | |
| ¿Usted usa lentes de contacto? | | | |

| | Si | No | When? |
|----------------------------------------------|----|----|-------|
| Desprendimiento de Retina | | | |
| Degeneración macular | | | |
| Ceguera | | | |
| Otros problemas de los ojos (Explicar) _____ | | | |
| Ojo perezoso | | | |

¿Alguna vez ha tenido problemas con alguno de los siguientes? En caso afirmativo, ¿cuándo?

| | Si | No | When? |
|-----------------------------------------|----|----|-------|
| La diabetes | | | |
| El cáncer | | | |
| Enfermedad de la tiroides | | | |
| Ataque al corazón o un derrame cerebral | | | |
| Trastorno convulsivo | | | |
| Alta presión | | | |
| Problema de próstata | | | |
| Infección de los sinuses | | | |

| | Si | No | When? |
|-------------------------------------------------------|----|----|-------|
| La artritis(Osteo o RA) | | | |
| Enfermedad muscular | | | |
| Asma/bronquitis | | | |
| El enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica | | | |
| Desorden autoimmune | | | |
| Colesterol alto | | | |
| La Tuberculosis | | | |
| Anemia/trastorno sanguíneo | | | |

* Haga una lista de su actual ubicación y farmacia _____

Lista de todos los medicamentos que está tomando (incluyendo gotas para los ojos, la aspirina, el control de la natalidad, los suplementos a base de hierbas, vitaminas, etc.) _____

Las alergias a medicamentos: _____

Cirugías Y año aproximado: _____

¿Fuma? Si / No Eres un ex fumador? Si / No ¿Beber alcohol? Si / No

Sírvase indicar si su familia(y OMS)/parientes consanguíneos han tenido alguna de las siguientes condiciones médicas:

Alta presión La diabetes Desprendimiento de Retina

Enfermedad del corazón Ceguera Degeneración macular

| | |
|-------------------|--------------------------|
| Updated on: _____ | Patient Signature: _____ |
| Updated on: _____ | Patient Signature: _____ |