

Bienvenido a nuestra oficina! Por favor complete este formulario solo en tinta negra y devuélvalo a nuestra recepcionista. Proporcione una tarjeta de seguro y una identificación con foto para obtener una copia.

Informacion Personal:

Fecha: / /23

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Numero de telefono: _____ Numero de celular: _____

Correo Electronico: _____

Direccion: _____

Ciudad

Estado

Area Postal

SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: M F Estado civil: Soltero/a Divorciado/a Casado/a Viudo/a

Idioma: _____ Nacionalidad: _____ Raza: _____

Informacion de Seguro Medico:

Que Tipo de Seguro tiene?

Comercial Medicare Medicaid HMO/PPO Ninguno

Seguro Primario: _____

Nombre de la persona primaria: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID# _____ Relacion al Paciente: _____

Seguro Secundario: _____

Nombre de la persona primaria: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID# _____ Relacion al Paciente: _____

Informacion del Empleo:

Empleo: _____

(Si es retirado/por, favor ponga ultimo empleo)

Direccion de Empleo: _____

Posicion: _____ Tiempo completo o medio tiempo / Retirado

En caso de emergencia a quien notificar: _____

Relacion a la persona: _____ #de Tele _____

Direccion: _____

Informacion de su Esposo/Esposa:

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SS#: _____ # de Tele: _____

Empleo y Direccion: _____

(Si es retirado/a, por favor ponga ultimo empleo)

Quien Lo Recomendo a Nuestra Oficina _____

Nombre de Medico Familiar _____

Direccion _____ Ciudad: _____

#de Tele: _____

Informacion Medica:

La visita de hoy esta relacionada a lo siguiente (Favor circular uno):

Problema Medico

Herida Relacionada con el Trabajo

Relacionado a un accidente de auto

Persona financiermente responsable de la cuenta:

(Su Nombre)

(Su Firma)

PACIENTES CON MEDICARE: Usted sera responsable por su deducible anual, y su copago (20%) en el momento en que reciba el servicio. Como cortesia, nuestra oficina enviara un reclamo a su seguro secundario, si usted es participante de Medigap.

Yo autorizo que cualquier informacion acerca de mi, incluyendo medica que sea necesaria para procesar este reclamo, o sea relacionada con un reclamo a Medicare, sea proporcionada a mi seguro medico, o a los centros de servicio de Medicare y Medicaid (CMS), o a sus agentes intermediarios.

Por lo tanto asigno todos los beneficios a los cuales tengo derecho, ya sean medicos o quirurgicos, incluyendo Medicare y otros programas patrocinados por el gobierno, seguros privados o cualquier plan de salud a: James E. Haberman, M.D. Yo permito que una copia de esta autorizacion sea usada en lugar del original, esto servira como una autorizacion de por vida, incluyendo para Medicare. Calquier balance que se manda a colecciones sera cobrado \$75 adicional.

Firma de Paciente

_____/_____/23
Fecha

James E. Haberman, M.D., F.A.C.S.

Excel Eye Care & Surgery Center

Fecha: _____ / _____ / 23

Historia Médica

Historia Médica

Nombre: _____

Explique todas las enfermedades y emergencias que usted a tenido _____

Explique todas las cirugías que usted a tenido _____

Explique todas las enfermedades, emergencias y cirugía en ambos ojo: _____

Explique todas las medicinas que usted esta tomando: _____

Es usted alérgico a alguna medicina? ___ Si ___ No

Si, Si diga cual (s) _____

Revisión de Sistemas – Si usted tiene alguno de los siguientes problemas, por favor explique:

Explique Los Problemas

Problemas de Constitución Fiebre, perdida de peso _____

Perdida de visión, visión nublada, visión cortada _____

Perdida de visión al los lados, visión doble, sequedad, o lagañosos, _____

Ojos rojos, arenosos o sucios, picazón, quemazón o ojos cansados, _____

Sensibilidad a la luz, dolor o infección, _____

Dificultad viendo de noche _____

Problemas de oído, nariz y garganta _____

Nariz aguada, catarro, garganta seca _____

Problemas de corazón _____

Problemas de respiración, bronquitis o falta de aire _____

Explicación del problema

Músculo esqueletal- Artritis

Psiquiátricos

Alergias de temporada

Historia Familiar

Enfermedades

Si

No

Relacion al paciente

Glaucoma

Degeneración macular

Problemas de retina

Artritis

Diabetes

Presión Alta

Problemas de corazón

Tuberculosis

Otra enfermedad

Historia Social

Usted maneja? ___ Si ___ No

Usted fuma? ___ Si ___ No

Usted usa gafas? ___ Si ___ No

Usted toma bebidas alcohólicas? ___ Si ___ No Si, si con ___comidas ___ sociable ___ otra manera

PARA USO DEL DOCTOR SOLAMENTE

History reviewed. ___ No changes. ___ Additions as noted above.

Signature: _____ Date: ___/___/23

James E. Haberman, M.D., F.A.C.S.

Excel Eyecare & Laser Surgery

2333 Morris Avenue

Suite C-103

Union, New Jersey 07083

Tel. (908) 688-4000

Fax (908) 688-1717

www.NewJerseyLasikCenter.com

Verificacion de Recibo de las Practicas de Privacidad de la Informacion de Salud

Su firma a continuacion compruebe que ha recibido una copia de las practicas de privacidad de informacion de salud de James E. Haberman, M.D., P.A.

Firma de la persona o representante personal

Fecha

Nombre impreso de la persona o representante personal

Descripcion de la autoridad del representate personal

James E. Haberman, M.D., F.A.C.S.

Excel Eyecare & Laser Surgery Center

Tarjeta de crédito en el contrato de presentación

Por el COVID-19 Nacional Emergencia de salud nuestra práctica ha implementado una nueva política de tarjetas de crédito. Al igual que otros negocios como hoteles, o agencia de alquiler de coches, ahora tenemos una política similar donde pedimos una tarjeta de crédito que se puede utilizar más tarde para pagar cualquier saldo que pueda ser debido en su factura.

Si elige no dejar una tarjeta o no puede hacerlo, la oficina aceptará \$ 200 para la visita. Después de que su operador lo procese, cualquier crédito restante será devuelto de inmediato.

Los copagos aún deben pagarse en el momento del servicio.

Al hacer el check-in, la información de su tarjeta de crédito se obtendrá y se mantendrá de forma segura hasta que su(s) seguro(s) hayan pagado su parte y nos notifiquen el saldo adeudado, si lo hubiera. En ese momento, se le enviará un estado de cuenta que tendrá 30 días para pagar. Después de 30 días, si la factura permanece sin pagar, le facturaremos su tarjeta de crédito.

Su capacidad para disputar un cargo o cuestionar la determinación de pago de su compañía de seguros permanecerá sin cambios.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política, por favor no dude en preguntar.

Al firmar a continuación, autorizo a James E. Haberman, M.D., P.A., a mantener mi firma y la información de mi tarjeta de crédito de forma segura en el archivo. Autorizo a James E. Haberman, M.D., P.A., a cobrar a mi tarjeta de crédito cualquier saldo pendiente cuando sea debido.

Si la tarjeta de crédito que proporciono hoy cambia, o expira, por favor notifique a la oficina. Si la tarjeta de crédito es denegada por cualquier motivo, acepto proporcionar una nueva tarjeta válida que se puede cargar por teléfono y que el nuevo coche puede ser utilizado con la misma autorización que el coche original. Si ejecutamos su tarjeta de crédito y se le niega por cualquier motivo, nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa adicional de \$25 de la tarjeta rechazada si no podemos ejecutar una nueva tarjeta de crédito dentro de los 7 días.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ DOB: ____/____/____

**AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO
VISA, MASTERCARD(Círculo uno)**

NOMBRE (como aparece en la tarjeta de crédito) _____

NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO _____

EXP. FECHA ____/____ CVV(código de 3 dígitos en el reverso de la tarjeta de crédito) _____

DIRECCION DE BILLING DE TARJETA DE CREDITO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA AUTORIZADA _____ FECHA: ____/____/____

