EMPIRE EYE AND LASER CENTER / EMPIRE AESTHETIC CENTER
FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Paciente:_____Nombre Preferido:_____

Número de seguridad social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad:_____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. de Casa: _____ Tel. Celular: _____ Tel. de Trabajo:_____

Correo electrónico: _____

Teléfono Preferido: ❑ Casa. ❑ Celular ❑ Trabajo

Método de Contacto Preferido: ❑ Texto ❑ Correo electrónico ❑ Teléfono

Raza: _____

Identidad étnica:_____

Farmacia preferida (incluye la dirección): _____

Médico referente: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

Ciudad:_____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA / CÓNYUGE / PADRE / PARIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Certifico que la información en este formulario es correcta a mi leal saber y entender.

_____ _____

Firma del paciente Fecha

*** POR FAVOR DÉ VUELTA A LA PÁGINA ***

EMPIRE EYE AND LASER CENTER / EMPIRE AESTHETIC CENTER

Nombre del paciente: _____Fecha de nacimiento:_____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos a los que tengo derecho, incluido Medicare, seguro privado o cualquier otro plan de salud a Empire Eye and Laser Center. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago. Esta asignación permanecerá efectiva hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como un original.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por mi seguro, incluidos los servicios no cubiertos, como refracción y procedimientos cosméticos.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por la presente autorizo el uso y la divulgación de información de salud de identificación individual relacionada conmigo, que se llama Información de Salud Protegida (PHI por sus siglas en inglés), según una ley federal de privacidad de la salud. Además, entiendo que mi PHI puede usarse para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Empire Eye and Laser Center por escrito.

He recibido una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad** de Empire Eye and Laser Center antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que tengo derecho a restringir cómo se usa o divulga mi PHI notificando a Empire Eye and Laser Center mis deseos por escrito.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Entiendo que soy responsable en última instancia de todas las obligaciones de pago que surjan de mi tratamiento o atención y garantizo el pago de estos servicios.

Entiendo que soy responsable de los deducibles, copagos, montos de coseguro o cualquier otra responsabilidad del paciente indicada por mi compañía de seguros, que de otra manera no están cubiertos por mi seguro primario o complementario.

RESPONSABILIDAD DE TARIFAS ADICIONALES

Reconozco que soy responsable de cualquier tarifa adicional cobrada por Empire Eye and Laser Center de acuerdo con su política de tarifas regular, incluidas las tarifas por no presentarse, las tarifas de cancelación, las tarifas adicionales por completar formularios, las tarifas de registros médicos y las tarifas de informes. También entiendo que estas tarifas no suelen estar cubiertas por mi compañía de seguros y se me facturarán estas tarifas en caso de incurrir en ellas. Las políticas de tarifas completas están publicadas en el sitio web de Empire Eye and Laser Center en www.empireeyeandlaser.com

AUTORIZACIÓN PARA EL CONTACTO

Al proporcionar mi número de teléfono de casa, número de teléfono celular, dirección de correo electrónico y cualquier otra información de contacto personal, autorizo a mi proveedor de atención médica a emplear un sistema de mensajería y alcance automatizado de terceros para usar mi información personal, el nombre de mi proveedor de atención, la hora y el lugar de mis citas programadas y otra información limitada, con el fin de notificarme de una cita pendiente, una cita perdida, un examen de bienestar atrasado, saldos adeudados, resultados de laboratorio o cualquier otra función relacionada con la atención médica. Doy mi consentimiento para recibir varios mensajes por día de mi proveedor de atención médica, cuando sea necesario. Doy mi consentimiento para permitir que se dejen mensajes detallados en mi buzón de voz, sistema de contestador o con otra persona, si no estoy disponible en el número proporcionado por mí. Al solicitar un viaje, también doy mi consentimiento para que se comuniquen con mi número de teléfono en el archivo (incluido el marcador automático) sobre mi viaje.

_____ _____

Firma del paciente Fecha

EMPIRE
AESTHETIC CENTER

Nombre:_____

Fecha De Nac.:_____ **Altura:**_____ **Peso:**_____

Alergias a Medicamentos: ❑ No ❑ Sí (enumere)

_____

_____

Dermatóloga (si corresponde):_____

Fecha del último examen de Dermatología:_____

- **Si es un paciente nuevo, ¿cómo se enteró de nosotras?**

- ☐ Amigos/Familia
- ☐ Google / Sitio Web
- ☐ Recomendación de un empleado
- ☐ Medios de comunicación social
- ☐ Paciente que regresa
- ☐ Referencia médica

- **Marque cualquier procedimiento cosmético anterior que haya tenido:**

- ☐ Rellenos dérmicos
- ☐ Neurotoxinas (Dysport/Botox)
- ☐ Sculptra
- ☐ Faciales / rejuvenecimiento con láser
- ☐ Microagujas
- ☐ Modelado Corporal
- ☐ Lifting y firmeza para la piel
- ☐ Otro:_____
- ☐ Cirugía(s) cosmética(s), enumere:

_____

_____

- **¿Tiene antecedentes de…?**

- ☐ Cáncer de piel
- ☐ Acné
- ☐ Alopecia
- ☐ Disfagia (o dificultad para tragar)
- ☐ Dolor de oído
- ☐ Dolor de mandibula
- ☐ Parálisis de Bell
- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Migrañas
- ☐ Usando Accutane
- ☐ Sangrado y/o moretones con facilidad
- ☐ Otro:_____
- ☐ Antecedentes familiares de cáncer de piel, en caso afirmativo, relación:_____

- **Estoy interesada en:**

- ☐ Tratamientos cosméticos no invasivos
- ☐ Procedimientos estéticos mínimamente invasivos
- ☐ Procedimientos quirúrgicos estéticos
- ☐ Me gustaría discutir todo tipo de procedimientos

- **Díganos específicamente lo que le interesa (marque todas las que correspondan):**

- ☐ Cirugía de párpado
- ☐ Cirugía de cejas
- ☐ Aumento de Labios
- ☐ Reparación del lóbulo de la oreja
- ☐ Relajantes antiarrugas (Dysport/Botox)
- ☐ Rellenos Dérmico
  - ☐ Rostro
  - ☐ Labios
  - ☐ Barbilla y/o línea de la mandíbula
  - ☐ Rejuvenecimiento de manos
  - ☐ Aumento de glúteos
- ☐ Reducción de pigmentos/enrojecimiento
- ☐ Faciales / rejuvenecimiento con láser
- ☐ Peelings químicos
- ☐ Microagujas
- ☐ La depilación láser
- ☐ Modelado Corporal (CoolSculpting, EMSCULPT)
- ☐ Inyecciones de B12
- ☐ Protección de la piel
- ☐ Plasma Rico en Plaquetas (PRP)
- ☐ Eliminación de tatuajes con láser
- ☐ Kybella (grasa debajo de la barbilla)
- ☐ Lifting y firmeza para la piel (Ultherapy)
- ☐ Eliminación/reducción de venas
- ☐ Otro:_____

MEDICAMENTOS: ☐ ❑ Ver Lista ☐ ❑ Ningunos

_____

_____

_____

_____

_____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento**: _____

Dirección: _____

Ciudad:_____ **Estado:**_____ **Código postal:**_____

☐ No tengo personas con las que quiera que Empire Eye and Laser Center (EELC) discuta mi PHI en este momento.

☐ Autorizo a Empire Eye and Laser Center (EELC) a discutir mi PHI con las siguientes personas. Esto puede incluir información sobre mis citas, diagnósticos y tratamientos.

Nombre:_____Fecha de nacimiento:_____

Teléfono:_____Relación:_____

Nombre:_____Fecha de nacimiento:_____

Teléfono:_____Relación:_____

Esta autorización se volverá efectiva inmediatamente y permanecerá efectiva durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a EELC por escrito. Mi revocación no afectará las acciones tomadas por EELC antes de su recepción.

Entiendo que una vez que se divulga la información, el destinatario puede volver a divulgarla; Las leyes de privacidad federales y / o estatales pueden proteger o no la nueva divulgación. Entiendo que autorizar la divulgación de la información identificada anteriormente es voluntario, y esta autorización no tiene la intención de alterar la capacidad del paciente para recibir atención médica de cualquier proveedor de atención médica.

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Confirmo que los contenidos son consistentes con mi dirección.

Paciente / Firma autorizada	Nombre (si no es el paciente, indique la relación)	Fecha