

# Forma Demográfica del Paciente, Español

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido	Nombre	Inicial	Edad	
Fecha De Nacimiento	Seguro Social #	Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Marital Status	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
Idioma (Optional)	<input type="checkbox"/> Black – Non Hispanic <input type="checkbox"/> American Indian/ Alaskan Native <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White – Non Hispanic <input type="checkbox"/> Other			
Dirección	Apt #	Ciudad	Estado	Código Postal
Telefono	Cellular Telefono			
Correo Electronico	Estado de Empleo	<input type="checkbox"/> Active Duty Military <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Disabled	<input type="checkbox"/> Employed Full-Time <input type="checkbox"/> Employed Part-Time <input type="checkbox"/> Homemaker	<input type="checkbox"/> Not Employed <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Self Employed <input type="checkbox"/> Student Full-Time <input type="checkbox"/> Student Part-Time <input type="checkbox"/> Other
Employer	Employer Telefono			
Contacto de Emergencia	Telefono de Contacto	Relacion		

## INFORMACIÓN DE FARMACIA

Farmacia de Preferencia	Telefono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

## PHYSICIAN REFERRAL INFORMATION

Medico de Atencion Primaria	Telefono
¿Como supiste de la oficina médica?	<input type="checkbox"/> Billboard <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Magazine <input type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Website <input type="checkbox"/> Other
	<input type="checkbox"/> Employer <input type="checkbox"/> Health Fair Event <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Yellow Pages
	<input type="checkbox"/> Family Member <input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/> News <input type="checkbox"/> Television

5 G; B57 CB'89'69B: 7 CG#@69F57 CB'89'G9; I FCG

Por la presente asigno todos los beneficios de seguros, incluyendo Medicare y Medicaid, que tengo derecho a Dr. Hung Le. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mi escrito. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por mi plan de seguro. Si mi cuenta va a una agencia de elección, se me cobrará una tarifa de recolección de 35 por ciento y 15 por ciento de interés de equilibrio. Además, autoriza a Dr. Hung Le a facilitar toda la información que se puede encontrar en mis registros médicos de consulta para la atención médica continua y / o para terceros con el fin de procesar mis reclamaciones de seguros.

## POLÍTICA DE UNA CITA MEDICA PERDIDA

### Definición de una cita médica perdida

Nuestra clínica define un "No-show" cita como cualquier cita programada en la que el paciente:

- No llega a la cita médica.
- Cancele con menos de 24 horas de cita.
- Llega más de 15 minutos tarde y, por lo tanto, no puede ser visto.

### Impacto de un "No-Show" cita con el médico

"No-show" Las citas tienen un impacto negativo significativo en nuestra práctica y la atención médica que brindamos a nuestros pacientes. Cuando un paciente "no se presenta" una cita programada:

- Potencialmente pone en peligro la salud del "no-showing" paciente.
- Es injusto (y frustrante) para otros pacientes que habrían asistido a la cita.
- No respeta no solo el tiempo del proveedor, sino también el tiempo de todo el personal de la clínica.

### Consequences of "No-Show" Appointments

Si pierde 3 o más citas dentro de un año, puede ser despedido de la clínica.

1. El despido del paciente queda a criterio de su proveedor médico.
2. Si lo retiran de la clínica, se cancelarán las citas programadas restantes.
3. Solamente el tratamiento médico de emergencia se ofrecerá dentro de los primeros 30 días del despido, en el que se aplica una tarifa "NO SHOW" de \$ 100.
4. Su proveedor médico aplicará \$ 100 NO SHOW tarifa y la solicitud a la clínica después de un período de seis meses después de la carta de despido inicial.

• HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA DE "NO SHOW" COMO SE DESCRIBE ARRIBA.

X. PATIENT SIGNATURE

DATE

LE EYE INSTITUTE

6002 ROGERDALE RD., STE 150, HOUSTON, TX 77072 | P: 713.772.2020 F: 713.772.2015