

**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](http://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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

