



**EYE & FACIAL**  
**PLASTIC SPECIALISTS**

Dr. Donald Hollsten & Dr. Jordan Hollsten

## Información del Paciente

**Apellido** \_\_\_\_\_ **Nombre** \_\_\_\_\_ **Inicial del segundo nombre** \_\_\_\_  
(encierre una) Jr. Sr. Other (sexo) M F **Apodo** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Seguro Social** \_\_\_\_\_  
**Estado Civil (encierre una)** Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Compañero/a de vida  
**Dirección Residencial** \_\_\_\_\_  
**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_  
**Correo Electrónico** \_\_\_\_\_  
**Teléfono de Casa** \_\_\_\_\_ **Cellular** \_\_\_\_\_  
**Notificación de Emergencia** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente** \_\_\_\_\_

### Información del Seguro

**Seguro Primario** \_\_\_\_\_ **Nro. de Identificación** \_\_\_\_\_  
**Nro. de Grupo** \_\_\_\_\_  
**Dirección de Seguro (detrás de la tarjeta)** \_\_\_\_\_  
**Ciudad/Estado/Código Postal** \_\_\_\_\_  
Relación el paciente (encierre una) El Paciente Cónyuge Padres Otros \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_  
Dirección Residencial \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario** \_\_\_\_\_ **Nro. de Identificación** \_\_\_\_\_  
**Nro. de Grupo** \_\_\_\_\_  
**Dirección de Seguro (detrás de la tarjeta)** \_\_\_\_\_  
**Ciudad/Estado/Código Postal** \_\_\_\_\_  
Relación el paciente (encierre una) El Paciente Cónyuge Padres Otros \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_  
Dirección Residencial \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

### Información Referencial

**Médico Remitente** \_\_\_\_\_ OR **Otro Médico** \_\_\_\_\_  
**Médico de Atención Primaria** \_\_\_\_\_ **Cardiologo/Vascular** \_\_\_\_\_



**EYE & FACIAL**  
**PLASTIC SPECIALISTS**

Dr. Donald Hollsten & Dr. Jordan Hollsten

## **POLÍTICAS DE LA OFICINA**

### **Entiendo lo siguiente:**

- CO-PAGO / deducible esta debido en el momento de la cita..
- Reconozco responsabilidad financiera por cualquier saldo (s) no pagado por mi seguro, incluyendo deducibles, co-pagos, co-aseguros y / o cualquier servicio no cubierto,el incumplimiento podría resultar en una deuda de cobro.
- Entiendo que el campo visual no se realizará el mismo día que un examen de visita al consultorio.
- Se accederá a una tarifa no reembolsable de \$50 por no presentarse a una cita programada sin notificar a la oficina del Dr. Hollsten con al menos 24 horas de anticipación.
- Se accederá a una tarifa no reembolsable de \$150 por no presentarse a una cirugía programada sin notificar a la oficina del Dr. Hollsten con al menos 2 semanas de anticipación.
- Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para asegurar el pago del seguro.
- Cualquier información faltante o incorrecta puede ocasionar problemas con las compañías de seguros. En esos casos, soy responsable del pago total.
- Reconozco que he proporcionado la información más precisa y actual a mi leal saber y entender.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

# PATIENT MEDICAL HISTORY

## Ear/Nose/Throat

- Hearing Loss
- Sinus Problems
- Sore Throat
- Other \_\_\_\_\_

## Heart Issues

- Chest Pain
- Irregular Heartbeat
- Heart Attack
- Other \_\_\_\_\_

## Urinary Issues

- Pain or Discomfort
- Blood in Urine
- Other \_\_\_\_\_

## Skin Problems

- Excessive Dryness
- Other \_\_\_\_\_

## Musculoskeletal Issues

- Muscle Aches
- Joint Pain
- Swollen Joints
- Other \_\_\_\_\_

## Psychiatric Issues

- Depression
- Anxiety
- Other \_\_\_\_\_

## Respiratory Issues

- Asthma
- Shortness of Breath
- Coughing
- Other \_\_\_\_\_

## Gastrointestinal Issues

- Heartburn
- Belly Pain
- Diarrhea
- Other \_\_\_\_\_

## Neurological Issues

- Numbness
- Weakness
- Headaches
- Paralysis
- Other \_\_\_\_\_

## Miscellaneous

- High Blood Pressure
- Cancer \_\_\_\_\_
- Immune System Disorder
- Thyroid Disease
- Stroke
- Bleeding Disorder
- Hyperlipidemia
- Diabetes
- \_\_\_\_\_

