



Medical Clearance for Surgery

Form 1

Surgeon's Name: _____

Patient Name: _____

Birth Date: _____

Date of Surgery: _____

Dear Doctor:

Thank you for seeing _____. The proposed _____ surgery is minimally invasive and is typically of duration of approximately a half (1/2) hour to forty five (45) minutes depending upon the procedure. Please provide the following requirements for medical clearance.

1. History and Physical- Completed within 30 days of surgery date.
2. EKG completed within 180 days of surgery date.
3. Labs (CBC, SMA7) - Completed within 180 days of surgery date.
4. Patients who are on diuretics or anticoagulants and/or diabetes, renal, or liver disease must have the appropriate blood work. Please note that the potassium level for dialysis patient should be within the acceptable range and also the platelet level should be more than 80,000 mcL.
5. Please include the medication list as part of the medical clearance (if applicable).

Please fax the enclosed forms to: Surgeon: _____

Attn: Surgical Coordinators Department

Phone: _____ **Fax:** _____

We are enclosing the pre-operative forms to be completed for the patient's surgery.

Thank you.

FOR SURGEON'S OFFICE USE ONLY:

- Please go to your primary care physician for your medical clearance by _____.
Note: You must see your primary care provider two (2) weeks prior to your surgical date.
- Please bring these two (2) forms to your doctor:
Please bring forms 1 & 2 to your doctor



PATIENT HISTORY AND PHYSICAL

Form 2

PATIENT NAME:

OPERATION:

SURGEON:

DIAGNOSIS:

DATE:

AGE:

SEX:

VITAL SIGNS: B/P _____ P _____ RR _____ SAT _____ % **MEDICAL**

HISTORY:

SURGICAL HISTORY:

ALLERGIES/REACTION:

MEDICATIONS:

PHYSICAL EXAM: Does patient have a cognitive impairment?

☐

Yes

☐

No

DEMENTIA/ALZHEIMERS

*** If so, please attach HEALTH CARE PROXY

IMPRESSION: ☐ MEDICALLY STABLE AND CLEARED FOR PROPOSED PROCEDURE IN AN AMBULATORY SURGERY CENTER.

RECOMMENDATIONS:

Please provide copy of:

☐

LABS

☐

EKG

PHYSICIAN PRINT MD/DO/NP

SIGNATURE

DATE



Entrada en la 204th St entre Valentine Ave y Grand Concourse **(sótano)**

Una enfermera lo llamará, el día antes de su procedimiento, para establecer la hora de su cirugía.

Si tiene algún problema médico o ha estado hospitalizado en los últimos 30 días, informe a la enfermera.

No debe comer ni beber nada después de la medianoche, el día de la cirugía, a menos que

- lo indique una enfermera.
- Puede tomar sus medicamentos para la presión arterial, antidepresivos o medicamentos para ansiedad, la mañana de su cirugía, con un poco de agua.
- Si tiene tos, resfrío o fiebre: llame a su cirujano lo antes posible, antes de su cirugía.

Debe hacer arreglos para que un adulto lo acompañe a su casa desde nuestro centro. El acompañante debe estar presente con usted en el momento de su llegada. **Si la escolta no está disponible, no será atendido hasta su llegada o su cirugía será cancelada por otro día.**

POR FAVOR DEJA A LOS NIÑOS EN CASA

Lleve con usted lo siguiente el día de la cirugía.

- Pago por el centro de cirugía. Un miembro del personal quirúrgico lo llamará con una semana de anticipación para informarle sobre cualquier copago, deducible o coseguro.
- Identificación con foto y tarjeta de seguro

☐ Gotas para los ojos o pomadas

Confirme con las enfermeras las gotas / pomadas que le haya recetado su o cirujano.

*****El pago efectuado a Eye Surgery Centers of New York es independiente del pague que se hace al cirujano.



CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA Y ANESTESIA

_____ Fecha de nacimiento _____ se va a someter a una cirugía como paciente ambulatorio en **EYE SURGERY CENTERS OF NEW YORK**

Nombre de la operación _____

Cirujano: _____ y Asistente de cirujano _____

Las ventajas y las desventajas de una cirugía como paciente ambulatorio me fueron explicadas y las comprendo. Sé que después de mi operación podría ser necesario que ingrese al hospital. Acuerdo a que se me ingrese a St. Barnabas Hospital, 4422 Third Ave, Bronx, NY 10457 (718) 960-9000 si mi doctor lo cree necesario.

Consiento a que se desechen los tejidos que se extirpen quirúrgicamente.

Después de la cirugía, no conduciré un auto a casa ni usare el transporte público.

Sé que después de que se me administren medicamentos o anestesia, mi agudeza mental podría disminuir por varias horas. Durante este tiempo no tomare decisiones ni participaré en actividades que requieran de optima agudeza mental.

Si es aplicable, certifico que en este momento, NO ESTOY EN EMBARAZO.

A mi mayor saber, todas las respuestas a las preguntas que se me hicieron son veraces y yo no he ocultado información alguna.

Doy mi consentimiento a la operación propuesta y a la administración de los medicamentos preoperatorios y posoperatorios.

Firma del Paciente/Tutor

Fecha

Medico

Fecha

Testigo

Fecha



PATIENT AND INSURANCE INFORMATION

THE SURGERY CENTER REQUIRES THE FOLLOWING INFORMATION SO WE CAN FILE YOUR INSURANCE CLAIM (S). ALL CLAIMS ARE PROCESSED ACCORDING TO THE PATIENT'S PARTICULAR PLAN. DEDUCTIBLES, CO-INSURANCE, AND NON-COVERED SERVICES MAY APPLY AND ARE THE RESPONSIBILITY OF THE PATIENT.

NAME OF SURGEON: _____

PATIENT NAME: _____ DATE: _____

DATE OF BIRTH _____ SEX _____ SOCIAL SECURITY# _____

HOME ADDRESS _____ HOME PHONE # _____

CITY _____ STATE _____ ZIP _____

BUSINESS PHONE# _____ CELL PHONE # _____

PROCEDURE(S)	CPT		
	CPT		
	CPT		

Left ☐ Right ☐ Bilateral ☐ Authorization Required: ☐ No ☐ Yes If Yes, Authorization# _____

DIAGNOSIS(ES)	ICD-10		
	ICD-10		
	ICD-10		
	ICD-10		

PRIMARY CARE PHYSICIAN

NAME _____

PHONE# _____

FAX# _____

EMERGENCY CONTACT

NAME: _____

PHONE# _____

Relationship to patient _____

Primary Insurer _____ Secondary Insurer _____

Policy Holders Name _____ Policy Holder's Name _____

Relation to Patient _____ Relation to Patient _____

Policy # _____ Group# _____ Policy # _____ Group# _____

Policy Holders Date of Birth _____ Policy Holders Date of Birth _____

PRECERT# _____ Date _____ PRECERT# _____ Date _____

I REQUEST THAT PAYMENT OF AUTHORIZED MEDICARE AND/OR OTHER INSURANCE BENEFITS BE MADE EITHER TO ME OR ON MY BEHALF TO THE EYE SURGERY CENTERS OF NEW YORK ANY SERVICES FURNISHED ME BY THIS SUPPLIER. I
AUTHORIZE ANY HOLDER OF MEDICAL INFORMATION ABOUT ME TO RELEASE TO THE HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION AND ITS AGENTS AND/OR TO ANY OTHER INSURANCE CARRIER (S) ANY INFORMATION NEEDED TO DETERMINE THE BENEFITS PAYABLE FOR RELATED SERVICES.

PATIENT SIGNATURE _____

DATE/TIME _____



CUESTIONARIO DE SALUD PREOPERATORIO

Nombre del paciente:

Fecha:

Marque con una cruz las afecciones o problemas que haya sufrido hasta la fecha:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| ☐ Si | ☐ No | Problemas Cardíacos |
| ☐ Si | ☐ No | ¿Padece de presión arterial alta? |
| ☐ Si | ☐ No | Asma o dificultades respiratorias |
| ☐ Si | ☐ No | Diabetes |
| ☐ Si | ☐ No | Apoplejía o derrame cerebral |
| ☐ Si | ☐ No | Problemas de ansiedad |
| ☐ Si | ☐ No | Alergias a los mariscos |
| ☐ Si | ☐ No | Radiografía torácica anormal |
| ☐ Si | ☐ No | EKG Anormal |
| ☐ Si | ☐ No | Alergia al latex |
| ☐ Si | ☐ No | Epilepsia o convulsiones |
| ☐ Si | ☐ No | Tendencia al sangrado |
| ☐ Si | ☐ No | Ictericia, hepatitis o problemas hepáticos |
| ☐ Si | ☐ No | Afecciones renales o infección del tracto urinario |
| ☐ Si | ☐ No | Problemas crónicos de espalda |
| ☐ Si | ☐ No | Reacción adversa a la anestesia local o general |
| ☐ Si | ☐ No | Alergias o reacciones a medicamentos. En caso afirmativo, especifique a cuáles: |

Conteste a las siguientes preguntas:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| ☐ Si | ☐ No | Lleva lentes de contacto? |
| ☐ Si | ☐ No | Utiliza un audífono? |
| ☐ Si | ☐ No | Lleva dentadura postiza, fundas o puentes? en caso afirmativo, marque con un círculo lo que proceda |
| ☐ Si | ☐ No | Fuma? en caso afirmativo, indique la cantidad |
| ☐ Si | ☐ No | Bebe alcohol? en caso afirmativo, indique la cantidad diaria |
| ☐ Si | ☐ No | Lleva un desfibrilador automático interno? |
| ☐ Si | ☐ No | Actualmente o en el pasado ha tomado flomax o tamsulosin |
| ☐ Si | ☐ No | Toma algún medicamento con receta médica? |
| ☐ Si | ☐ No | Toma Aricept, Donepezil, Exelon, Razadyne, Namenda, Memantine |
| | | Si tienes Alzheimer o pérdida de memoria, necesitará un proxy de atención médica |

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Fecha



EYE SURGERY CENTERS OF NEW YORK FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

Yo, _____, actuando como (círculo apropiado designación) el paciente, el representante del paciente, familiar, reconozco haber recibido, revisado y la oportunidad de formular preguntas sobre lo siguiente.

- La descripción de ley preparado por el Departamento de Salud titulado "Planificación de antemano por su tratamiento médico".
- El folleto preparado por el Departamento de Salud titulado "El nombramiento de su agente de cuidado de salud- Ley Proxy de el Estado de Salud de Atención de Nueva York".
- Un modelo "Testamento de vida de Nueva York".
- La hoja informativa titulada "La decisión acerca de reanimación cardiopulmonary (RCP): Ordenes de no reanimar (ONR)".
- Un folleto titulado "Diez Preguntas básicas y respuestas para los consumidores en la Ley de Autodeterminación del Paciente".

Yo reconozco que, con anterioridad a la fecha de la intervención quirúrgica, que recibí y revise los siguiente documentos:

- Los Derechos y Responsabilidades de el Paciente.
- Documento Informativo sobre El Testamento Vital.
- Una revelación de interés financiero en este centro, de mi médico (si es aplicable).

Yo reconozco que Los Derechos de el Paciente y Responsabilidades y la poliza de este establecimiento relativas a las Directivas Anticipadas, fueron explicadas por un representante de esta instalación, con anterioridad a la fecha de la cirugía, para mi satisfacción verbalmente.

Doy fe, además, que he informado A EL CENTRO DE CIRUJIA OCULAR DE NUEVA YORK de la existencia, si hay alguna, de las instrucciones relativas a directivas avanzadas, Testamento vital, órdenes ONR, Poder legal para la atencion medica, u otra forma de expresión de la autodeterminación del paciente. Tengo /o proporcionará una copia del instrumento debidamente ejecutado y reconocer que dicha copia se convertirá en una parte de la historia clínica del paciente.

Tengo un Testamento Vital { } **NO** { } **SI** Tipo: _____

Entiendo y reconozco que es la responsabilidad del paciente, o su representante informar a EL CENTRO DE CIRUJIAS OCULAR DE NUEVA YORK inmediatamente de cualquier cambio en las condicion de la expresión antes mencionada de la libre determinación de el paciente.

Impresion de paciente

Firma de paciente, representante,
familiar (Circule el apropiado)

Firma de Testigo

Fecha