



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 mL.
5. Please include the medication list as part of the medical clearance (if applicable).
6. If patient is using assistive device such as wheelchair, cane, walker, please indicate ambulatory status of patient.

**Please fax the enclosed forms to:**

**Fromer Eye Centers**

**Attn: Surgical Coordinators Department**

**Phone: (718) 261 - 4190 Fax: (347) 523 - 4653**

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

Thank you.

**FOR FROMER EYE CENTER 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:

DATE:

OPERATION:

AGE:

SURGEON:

SEX:

DIAGNOSIS:

**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 cirujano.

\*\*\*\*\*El pago efectuado a Eye Surgery Centers of New York es independiente del pago 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 IN ORDER TO 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**

**EMERGENCY CONTACT**

NAME \_\_\_\_\_

PHONE# \_\_\_\_\_

FAX# \_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_

PHONE# \_\_\_\_\_

Relationship to patient \_\_\_\_\_

Primary Insurer \_\_\_\_\_

Policy Holders Name \_\_\_\_\_

Relation to Patient \_\_\_\_\_

Policy # \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_

Policy Holders Date of Birth \_\_\_\_\_

PRECERT# \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Secondary Insurer \_\_\_\_\_

Policy Holder's Name \_\_\_\_\_

Relation to Patient \_\_\_\_\_

Policy # \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_

Policy Holders Date of Birth \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_





## 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 atención médica, 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 CENTERO DE CIRUJIAS OCULAR DE NUEVA YORK inmediatamente de cualquier cambio en las condición 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