

PLANILLA PARA REGISTRO DEL PACIENTE

FECHA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

SI MENOR, PADRE/MADRE/GUARDIAN _____

DE TEL. CASA _____ # DE TEL. TRABAJO _____

DE TEL. BEEPER _____ # DE TEL. CELULAR _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP CODE _____

DIRECCION DE CORREOS ELECTRONICOS (EMAIL) _____

SEXO () M () F ESTADO CIVIL () S () C () D () V

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SOCIAL SECURITY _____

INFORMACION DEL EMPLEADOR
(Si el paciente es menor, informacion del padre o madre)

EMPLEADOR _____ # DE TELEFONO _____

REMITIDO POR _____ MEDICO MEDICINA GEN. _____

PERSONA RESPONSIBLE O ESPOSO (A) _____

INFORMACION DE SEGURO

MEDICARE # _____ MEDICAID # _____

SEGURO PRIMARIO _____

DE POLIZA _____ NOMBRE/ # DE GRUPO _____

NOMBRE DEL SUBSCRIPTOR _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

SEGURO SECUNDARIO _____

DE POLIZA _____ NOMBRE/ # DE GRUPO _____

NOMBRE DEL SUBSCRIPTOR _____ PARENTEZCO _____

ENTREGA DE INFORMACION Y ASIGNACION

Por este medio autorizo el pago directo por mi parte de mi compañía de seguros a Miami Lakes Eye Care Center de los beneficios de otra manera pagaderos a mi persona, ademas autorizo la entrega de cualquier información médica requerida por mi compañía de seguros. Una copia de esta autorización puede ser usada en lugar del original. Autorizo a cualquier tenedor de información médica u otra acerca de mi persona entregar a la Administración De Social Security y a la Administración financiera de salud o sus intermediarios o transportista cualquier información que se necesita para este reclamo de Medicare u otro relacionado solicito que el pago de los beneficioss de seguro medico sean entregados tanto a mi persona como a la parte que acepta la asignación. Entiendo que soy responsable financieramente por los cargos que no esten cubiertos por esta autorización. Se entiende que el paciente es responsable por el pago de la cuenta.

ACUSO DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PRACTICAS SOBRE LA PRIVACIDAD

FIRMA DEL PACIENTE _____
(SI MENOR DE EDAD, PADRE/MADRE/GUARDIAN)