

INFORMACION DEL PACIENTE

DOCTOR PRIMARIO: _____ TEL # _____ FAX # _____

NOMBRE DE L PACIENTE: _____ FECHA DE NACIEMINTO: _____

DEL SEGURO SOCIAL: _____ ESTADO CIVIL: () S () C () D () V

DE TEL. CASA _____ CELULAR # _____ TRABAJO # _____

DIRECCION: _____ APT. # _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

LICENCIA DE CONDUCIR: _____ ESTADO: _____

EMPLEADOR: _____ # TEL _____

NOMBRE DEL ESPOSO (A): _____ FECHA DE NACIMEINTO: _____

IDIOMA PREFERIDO: _____ GRUPO ETNICO: () HISP () NO HISP () DESCONOSIDO RAZA : () ASIATICO () NEGRO () BLANCO () OTRO

FARMACIA DE PREFERENCIA

NOMBRE: _____ # TEL _____

SI EL PACIENTE ES MENOR, COMPLETAR ESTA INFORMACION:

NOMBRE DE LA MADRE: _____ PADRE: _____

EMPLEADO POR: _____ EMPLEADO POR: _____

TEL _____ # TEL _____

INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO:

INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO:

NOMBRE SEG. _____ NOMBRE SEG. _____

DIRECCION: _____ DIRECCION: _____

CIUDAD/ESTADO/ZIP: _____ CIUDAD/ESTADO/ZIP: _____

TEL _____ # TEL _____

I.D. _____ # GRP _____ # I.D. _____ # GRP _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ NOMBRE DEL ASEGURADO _____

ESTE SEGURO ES POR EL TRABAJO () SI () NO ESTE SEGURO ES POR EL TRABAJO () SI () NO

SEC SOC DEL ASEGURADO. _____ FECHA DE NAC: _____ SEC SOC DEL ASEGURADO. _____ FECHA DE NAC: _____

PARENTESCO: YO ESPOSO ESPOSA HIJO OTRO PARENTESCO: YO ESPOSO ESPOSA HIJO OTRO

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

SIGNATURE (Patient's parent if minor): _____ DATE: _____

AUTORIZACION PARA DISCUTIR LA INFORMACION DE SALUD*

Yo, _____ (Nombre del paciente), autorizo al Centro de Miami Lakes Eye Care, para liberar o discutir lo relacionado con mi condición médica (incluyendo la información relacionada con mi plan de tratamiento, información de medicamentos o información de facturación) a las personas nombradas

- 1) _____ Relacion: _____
- 2) _____ Relacion: _____
- 3) _____ Relacion: _____

* LE INFORMAMOS QUE CUALQUIER PERSONA NO NOMBRADA EN ESTA LISTA NO SE LE DARÁ NINGUNA INFORMACIÓN RELACIONADA CON SU ATENCIÓN, INCLULLENDO LA INFORMACIÓN DE FACTURA. ESTE REGISTRO PUEDE SER CAMBIADO PARA RESTRINGIR O AMPLIAR ESTA LISTA EN CUALQUIER MOMENTO

* NO ES NECESARIO ENUMERAR NINGUN NOMBRE SI USTED ASI LO ELIGE.

PORFAVOR LISTE NUMEROS DE TELEFONOS *ADICIONALES* DONDE USTE PREFIERA SER CONTACTADO PARA:

- * Recordatorios
- * Cambios en Citas programadas

- 1. _____
- 2. _____

Firma del Paciente: _____

ACUERDO SOBRE RECARGOS

Forma de pago para los servicios de Hoy

Seguro Medico _____

Seguro de Vision _____

Marque uno () Efectivo () Cheque () Tarjeta de credito _____ exp _____

Estoy de acuerdo de que puede haber un cargo separado por la refraccion para su receta de espejuelos de \$33.00, o por el examen de evaluacion para lentes de contactos for primera vez de \$70.00 o re-evaluacion \$35.00, si el seguro no cubre estos servicios.

Nombre del paciente : _____ Fecha _____

Firma: _____

Entiendo que hay un cargo adicional por cheques sin fondo y cuentas por balance atrasado