

Patient Information						
Apellido	Primer Nombre	Inicial	Genero	Marital Status <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	Fecha de Nacimiento ____/____/____	Uso Interno #
Direccion 1			Teléfono		¿Cómo nos encontraste? Por favor especifique	
Direccion 2			Celular:			
			Hogar:			
			Trabajar:			
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Correo electrónico			
Nombre del empleador			Occupacion			
Persona de Notifical		Teléfono		Relación		
Farmacia		Teléfono		Ubicación		
Doctor de familia		Doctor referente		Oficina del optometrista		
HIPAA persona de contacto aprobada(s) (Familia/amigos/otros podemos dar/recibir información sobre usted)						
1 Apellido		Primer Nombre		Relación		Teléfono
Direccion 1		Direccion 2		Ciudad		Estado Codigo Postal
2 Apellido		Primer Nombre		Relación		Teléfono
Direccion 1		Direccion 2		Ciudad		Estado Codigo Postal
Garante – SI CORRESPONDE (Persona a la que se le facturará si es DIFERENTE que el paciente)						
Apellido		Primer Nombre		Relación		Teléfono
Direccion 1		Direccion 2		Ciudad		Estado Codigo Postal
Nombre del empleador				Empleador Teléfono		Fecha de nacimiento
Empleador Direccion		Direccion 2		Ciudad		Estado Codigo Postal
Trapasu de los beneficiaus dec seguro y autorizacion para la divalgacion de information						

Yo, el abajo firmante, doy mi autorización para tratar y asignar directamente a Eye Associates todos los beneficios médicos, si los hubiera, que de otro modo me pagarían por los servicios prestados. Entiendo que, en última instancia, soy financieramente responsable de todos los cargos aprobados y no cubiertos, como refracciones o servicios de lentes de contacto, ya sean pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguro. Entiendo que se espera el pago al momento del servicio. Acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de la práctica. Autorizo a la práctica a usar y divulgar mi información de salud con el fin de tratarme, obtener el pago por los servicios que me prestaron y realizar operaciones de atención médica.

X

Firma

Fecha de firma

**ATENCIÓN: Adjunte todas las tarjetas de identificación del seguro para fotocopiarlas.**