

ID: (Uso de la clínica) \_\_\_\_\_

Fecha de su cita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Información del paciente:						
Apellido	Nombre	Inicial	Sexo	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	Fecha de Nacimiento ____/____/____	Núm. De SS
Domicilio			Teléfono		¿Cómo se enteró de nosotros? Por favor especifique	
Apt/Unidad			Móvil:			
			Casa:			
			Trabajo:			
Ciudad	Estado	Código Postal	Correo electrónico			
Ocupación						
En caso de emergencia: Persona de Notificar			Teléfono		Relación	
Farmacia			Teléfono		Ubicación	
Doctor de cabecera (Primario)			Doctor referente		Oficina del optometrista	
HIPAA persona de contacto aprobada(s) (Familiar o conocido a quien podamos compartir o recibir información sobre usted)						
1 Apellido	Nombre	Relación		Teléfono		
Domicilio		Direccion 2		Ciudad	Estado	Código Postal
2 Apellido	Nombre	Relación		Teléfono		
Domicilio		Direccion 2		Ciudad	Estado	Código Postal
Titular del Seguro: (persona a la que se le facturará si es DIFERENTE que el paciente)						
Apellido	Nombre	Relación		Teléfono		
Domicilio		Apt/Unidad		Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del empleador			Teléfono del Empleador		Fecha de nacimiento ____/____/____	
Dirección del Empleador			Ciudad del Empleador		Estado	Código Postal
Divulgación de beneficios de seguro médico y autorización para la difusión de información:						

Yo, el firmante, doy mi autorización para tratar y asignar directamente a Eye Associates todos los beneficios médicos, si alguno, 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 sea pagados o no por el seguro. Autorizo al médico a comunicar 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. Reconozco que he recibido la forma del Aviso de prácticas de privacidad de la clínica. Autorizo a la clínica a usar y comunicar mi información de salud con el fin de atenderme, obtener el pago por los servicios que me prestaron y realizar operaciones de atención médica.

X \_\_\_\_\_  
 Firma Fecha de firma

**ATENCIÓN: Incluya su seguro médico y una identificación para obtener una copia, por favor.**