

ID: (Uso de la clínica) \_\_\_\_\_

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

| Patient Information  |        |                  |                        |   |   |               |
|--|--------|------------------|------------------------|---|---|---------------|
| Apellido   | Nombre | Inicial          | Sexo                   | Marital Status<br><input type="checkbox"/> Soltero<br><input type="checkbox"/> Casado | Fecha de Nacimiento<br>____/____/____           | Núm. De SS    |
| Domicilio  |        |                  | Teléfono               |   | ¿Cómo nos encontraste?<br>Por favor especifique |               |
| Apt/Unidad   |        |                  | Móvil:                 |   |   |               |
|  |        |                  | Casa:                  |   |   |               |
|  |        |                  | Trabajo:               |   |   |               |
| Ciudad   | Estado | Código Postal    | Correo electrónico     |   |   |               |
| Ocupación  |        |                  |                        |   |   |               |
| Persona de Notificar   |        | Teléfono         |                        | Relación  |   |               |
| Farmacia   |        | Teléfono         |                        | Ubicación   |   |               |
| Doctor de cabecera (Primario)  |        | Doctor referente |                        | Oficina del optometrista  |   |               |
| <b>HIPAA persona de contacto aprobada(s)</b> (Familiar o conocido a quien podamos compartir o recibir información sobre usted) |        |                  |                        |   |   |               |
| <b>1</b> Apellido  | Nombre | Relación         |                        | Teléfono  |   |               |
| Domicilio  |        | Direccion 2      |                        | Ciudad  | Estado  | Código Postal |
| <b>2</b> Apellido  | Nombre | Relación         |                        | Teléfono  |   |               |
| Domicilio  |        | Direccion 2      |                        | Ciudad  | Estado  | Código Postal |
| <b>(Si es aplicable) Garante:</b> (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<br>____/____/____           |               |
| Dirección del Empleador  |        |                  | Ciudad del Empleador   |   | Estado  | Código Postal |
| <b>Divulgación de beneficios de seguro médico y autorización para la difusión de información:</b>                              |        |                  |                        |   |   |               |

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 refacciones o servicios de lentes de contacto, ya sea pagados o no por el seguro. 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. Reconozco que he recibido la forma del Aviso de prácticas de privacidad de la clínica. Autorizo a la clínica 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.**