

Account #: _____

Información del Paciente:

Nombre:	Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular: _____
Número de seguro social:	Sexo del paciente: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina
Domicilio:	Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Ciudad, Estado y Código Postal:	Contacto de emergencia: Nombre y número de teléfono: Relación con el paciente:
SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE ¿Reside en un centro de enfermería especializada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dirección de correo electrónico (letra impresa):
Doctor de referencia: _____ Doctor primario: _____	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Otro Nombre de esposo(a): _____

Información de la compañía de seguro:

Nombre de la Compañía de Seguro Primaria:	Nombre de la Compañía de Seguro Secundaria:
Dirección, Ciudad, Estado y Código postal:	Dirección, Ciudad, Estado y Código postal:
Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____	Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Ocupación del asegurado: _____ Seguro social del asegurado: _____	Ocupación del asegurado: _____ Seguro social del asegurado: _____
Número de póliza: _____ Número de grupo: _____	Número de póliza: _____ Número de grupo: _____
Relación al paciente (marque uno): <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro	Relación al paciente (marque uno): <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro

Persona financieramente responsable (si es diferente del Paciente):

Nombre completo:	Número de seguro social:
Dirección:	Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono móvil: _____
Fecha de nacimiento:	Relación al paciente (marque uno): <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro
Ocupación del asegurado:	

Información del Paciente:

<p>Raza de paciente:</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska:</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / otras islas del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Sin saber</p> <p><input type="checkbox"/> Se negó a responder</p> <p><input type="checkbox"/> Origen hispano</p> <p><input type="checkbox"/> Origen no hispano</p> <p><input type="checkbox"/> Sin saber</p> <p><input type="checkbox"/> Se negó a responder</p>	<p>Idioma preferido del paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>En cumplimiento de la Ley de Reinversión y Recuperación Estadounidense de 2009 (AARA) para demostrar el uso significativo, estamos obligados a capturar datos demográficos, incluido su idioma, raza y etnia preferidos.</p>
---	--

Autorización de seguros y asignación de beneficios

Certifico que la información que he reportado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta. También autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación. También autorizo el pago de beneficios médicos a Coastal Eye Associates servicios quirurgicos prestados a mi. Entiendo completamente que el pago por los servicios no está supeditado a la recuperación y esto no me exime de mi obligación primaria de pago.

Firma : _____ Fecha: _____

Pacientes de Medicare

Medicare no paga todos sus costos de salud y solo paga los artículos y servicios cubiertos cuando se cumplen las normas de Medicare. El hecho de que Medicare no pague por un artículo o servicio en particular NO significa que no deba recibirlo. Su médico puede recomendar este artículo o servicio, aunque no sea un artículo cubierto.

Firma: _____ Fecha: _____

Formulario de reconocimiento del paciente

Nuestro "Aviso de prácticas de privacidad" brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida (PHI) sobre usted. Esto aplica a la información y los registros que tenemos sobre su salud, estado de salud, la atención médica y los servicios que usted recibe en esta oficina. La fecha del aviso más reciente aparecerá en la esquina superior derecha. Al firmar este formulario, simplemente está reconociendo que se le ha ofrecido o que ha recibido una copia de nuestro "Aviso de prácticas de privacidad".

Firma: _____ Fecha: _____

Política de refracción

La refracción es el proceso para determinar el error de refracción del ojo o la necesidad de lentes/gafas correctoras y / o lentes de contacto. Es una parte esencial de un examen ocular, pero **NO** es un servicio cubierto por Medicare o la mayoría de los planes de seguro. Nuestra tarifa de oficina para la refracción es de **\$35.00** y esta tarifa se cobra al agregar el copago del paciente.

Reconocimiento

He leído la información anterior y entiendo que la refracción es un servicio que no es cubierto por la aseguranzas. Acepto la plena responsabilidad financiera por el costo de este servicio. El copago es independiente y no está incluido en la tarifa de refracción.

Firma: _____ Fecha: _____



Cuestionario de Confidencialidad de HIPAA

Nombre del Paciente: _____

Numero de Telefono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Para poder cumplir con las regulaciones de HIPAA, es necesario que usted complete la siguiente información:

Por favor, nombre un familiar y/o otras personas autorizadas para recoger sus recetas escritas, medicamentos, resultados de exámenes o cualquier documento médico. Esto también incluye a quién podemos informar acerca de su condición médica general, diagnóstico, resultados de exámenes y plan de tratamiento.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Número de telefono: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Número de telefono: _____

Por favor, marque uno:

- ¿Podemos dejar mensajes confidenciales (información médica y de facturación) en el contestador automático de su casa o en el buzón de voz?

Si No

- ¿Podemos dejar mensajes confidenciales (información médica y de facturación) en su teléfono celular/buzón de voz?

Si No

Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigencia hasta que sea revocado por escrito por mí mismo o por mi tutor legal.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

*****AVISO*****

Si usted NO notifica a nuestra oficina por escrito que le gustaría eliminar a una de las personas de la lista anterior, esa persona será capaz de obtener información sobre su atención de nuestra oficina.