



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre		Inicial	Apellido	Sufijo	Sexo: H / M
Dirección				Fecha de Nacimiento	
Ciudad		Estado		Código Postal	
Idioma Preferido		Raza ☐ Nativo de Alaska o Indígena de América ☐ Negro / Afroamericano ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico ☐ Hispano o Latino ☐ Blanco			
Etnicidad ☐ Origen Hispano ☐ No de Origen Hispano					
Casa #		Trabajo #		Celular #	
Seguro Social #		Estado civil ☐ S ☐ C ☐ D ☐ V		Correo Electrónico	
Nombre del Empleador, Dirección / Ocupación					
Nombre del Contacto de Emergencia		Teléfono #		Relación	
Médico de referencia / Nombre del Grupo		Teléfono #		Ciudad	
Médico de Atención Primaria		Teléfono #		Ciudad	
Persona financieramente responsable (si es diferente del paciente)					
Dirección de la persona responsable:				Teléfono #	
*** ¿Reside usted actualmente en un centro de Enfermería Especializada o Centro de Rehabilitación?				☐ Sí ☐ No	
¿Esta visita está relacionada con un accidente de auto o una compensación laboral?				☐ Sí ☐ No	
INFORMACIÓN DEL SEGURO					
Seguro Primario :		Nombre del titular de la Póliza:		Fecha de Nacimiento:	
				Sexo: H / M	
Dirección:					
ID #:		Grupo #:		Fecha de Vigencia:	
Seguro Secundario:		Nombre del titular de la Póliza:		Fecha de Nacimiento:	
				Sexo: H / M	
Dirección:					
ID #:		Grupo #:		Fecha de Vigencia:	

DECLARACIÓN POLITICA FINANCIERA

Gracias por elegir a nuestra práctica para su atención médica. Estamos comprometidos a ofrecerle los servicios de mayor calidad disponibles. Por favor lea y firme la siguiente política. Si estamos contratado con su compañía de seguros, vamos a aceptar la asignación. Todos los copagos, coaseguros y deducibles se deben pagar al momento del servicio. El no proporcionar las referencias necesarias o la información correcta resultará en todos los cargos por los servicios, la exclusiva responsabilidad del paciente / garante. Usted será responsable de los saldos no cubiertos por su seguro. Se le cobrará un cargo de \$36 si su cheque es devuelto por su banco. Nuestra política de "no show" y cancelación es la siguiente: A la primera ocurrencia se le cobrará una tarifa de \$25. Segunda ocurrencia al paciente se le cobrará una tarifa de \$35. A la tercera ocurrencia se le cobrará al paciente una tarifa de \$50. Al paciente se le podría cobrar el precio completo de la visita programada por cualquier evento adicional de "no show" y/o cualquier cancelación dentro de un período de 24 horas de la cita programada.

HIPAA - Esta oficina cumple con todos los aspectos indicado en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y nuestra política de privacidad será en cumplimiento con todas las leyes y reglamentos pertinentes.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Por la presente autorizo Eye Centers of America, LLC para solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios prestados. Autorizo que los pagos de Medicare, Medigap, y/o cualquier otra compañía de seguros sean remitidos directamente Eye Centers of America LLC, Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para esta y/o cualquier reclamo a el seguro nombrado anteriormente o en caso de beneficios de la Parte B de Medicare.

Eye Centers of America LLC Firma del Paciente _____ Fecha _____



HIPAA AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

Consentimiento de Privacidad

Entiendo que Eye Centers of America LLC, "Aviso de prácticas de privacidad" brinda información sobre cómo se utilizará y divulgará mi información de salud. La sección "Derechos del paciente" describe mis derechos conforme a la ley. Tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que este aviso puede cambiar y que puedo solicitar una copia revisada. Entiendo que tengo derecho a solicitar que limitemos la información médica que se divulga con respeto a mis tratamientos, pago u operaciones de atención médica. Entiendo que no se requiere que Eye Centers of America LLC acepte esta restricción, pero usted respetará este acuerdo.

Reconozco que al firmar este formulario, consiento su uso y divulgación para proteger la información médica sobre mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito con mi firma. Sin embargo, esta revocación no afectará ninguna divulgación que Eye Centers of America LLC ya haya hecho antes de mi consentimiento. Eye Centers of America LLC, me proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

Consentimiento para Divulgar Información

Reconozco que al firmar este formulario, permito que Eye Centers of America LLC, divulgue cualquier información al médico o médicos involucrados en mi atención médica. Consiento que Eye Centers of America LLC, pueda llamar a mi casa o a las ubicaciones designadas y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a los recordatorios de mis citas y los artículos de seguro. Además, Eye Centers of America LLC, puede enviar por correo recordatorios de citas y estados de cuenta del pacientes a mi hogar.

Designo a los siguientes representantes como legalmente autorizados para comunicarse con Retina Center of New Jersey LLC, en mi nombre. Si no designa a nadie, el Doctor / Eye Centers of America LLC, no podrá hablar con nadie además del paciente con respecto a su condición médica.

Yo reconozco y doy mi consentimiento a Eye Centers of America LLC para usar mis imágenes rutinarios de los ojos. Estas imágenes serán usadas para propósitos de certificación. Todos los identificadores personales serán removidos antes de que las imágenes sean usadas.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Firma

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma (Paciente o Guardian Legal): _____ Fecha: _____

POR FAVOR DENOS LA INFORMACIÓN DE TODOS LOS
MÉDICOS QUE USTED ESTA VIENDO

<u>ESPECIALIDAD</u>	<u>NOMBRE DEL MÉDICO</u>	<u>DIRECCIÓN</u>	<u>NÚMERO DE TELÉFONO</u>
<u>Oftalmólogo</u>			
<u>Optometrista</u>			
<u>Médico Primario</u>			
<u>Endocrinólogo</u>			
<u>Cardiólogo</u>			
<u>Nefrólogo</u>			
<u>Neurólogo</u>			
<u>Podólogo</u>			
<u>Especialista Vascular</u>			
<u>Otro</u>			

<u>Nombre de la farmacia</u>	
<u>Dirección de la farmacia</u>	
<u>Número de la farmacia</u>	