

Bienvenido



EYE CENTER, Inc.

FECHA DE HOY _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Femenino Masculino Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono casa _____ Teléfono celular _____ Número de Seguro Social _____

Empresa donde trabaja _____ Teléfono trabajo _____

Fecha de nacimiento _____ Nombre del esposo(a) o de los padres _____

Dirección de correo electrónico _____ Referido por _____

MI INFORMACIÓN FINANCIERA Y DE SEGURO MÉDICO (Por favor presente su tarjeta de seguro cuando sea atendido).

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____

Número de Seguro Social del asegurado _____ Número de identificación del seguro médico _____

Por favor tenga en cuenta: el pago debe ser efectuado al momento del servicio.

Certifico que la información proporcionada es correcta. Autorizo revelar la información médica necesaria para procesar reclamos al seguro Medicare o cualquier otra compañía de seguros. Autorizo el pago de gastos médicos a Eye Center, Inc. por cualquier servicio prestado a mi persona por cualquier médico de Eye Center, Inc.

Entiendo que mi seguro médico es un contrato entre mi compañía de seguros y mi persona. Es mi responsabilidad comprender los términos de mi póliza, incluyendo deducibles, co-pagos, co-seguro y referidos. Es mi responsabilidad obtener cualquier referido solicitado, y en ausencia del mismo, seré responsable del costo del servicio recibido.

Firma del paciente (o guardián legal) _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN CON RESPECTO A MI INFORMACIÓN MÉDICA

¿Podemos dejar información médica personal en su contestadora automática? Si No Teléfono _____

¿Podemos dejar información médica personal en el buzón de voz de su celular? Si No Teléfono _____

Autorizo a los representantes de Eye Center, Inc. a tratar mi información médica con las siguientes personas:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Firma del paciente (o guardián legal) _____ Fecha _____