

FORMULARIO DE REGISTRO PARA ADULTO

FECHA: _____

Nombre del Paciente: _____
Apellido *Primer Nombre* *Segundo Nombre*

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____ Sexo: M F

Seguro Social: _____ Idioma Principal: _____

Dirección de Envió: _____
Calle *Cuidad* *Código Postal*

Número de Teléfono: _____
Hogar *Celular* *Trabajo*

Dirección de correo electrónico: _____ Referido Por: _____

¿Está en un centro de enfermería especializada? S N Si, Nombre: _____

Empleador: _____ # de Trabajo: _____

Dirección de Trabajo: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____
Apellido *Nombre*

Número de Teléfono: _____

Información de Aseguranza

Aseguranza Primaria: _____ Fecha de vigencia: _____

Nombre de Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Numero de ID _____ Numero de Grupo _____ Seguro Social: _____

Aseguranza Secundaria: _____ Fecha de vigencia: _____

Nombre de Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Numero de ID _____ Numero de Grupo _____ Seguro Social: _____

Aseguranza de Visión: _____ Fecha de vigencia: _____

Nombre de Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Numero de ID _____ Numero de Grupo _____ Seguro Social: _____



Passion defines us. Vision unites us.

Entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios médicos prestados a mí y/o mis dependientes, independientemente de la decisión de reembolsar o no reembolsar por mi compañía de seguros. También entiendo que mi seguro se facturará como una cortesía hacia mí. Es mi responsabilidad saber mis términos de cobertura, incluyendo la necesidad de autorización previa. Por la presente asignar beneficios a los que estoy titulado para gastos médicos o quirúrgicos en relación con los servicios prestados. Soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados. Esta autorización deberá continuar y estar en pleno vigor y efecto hasta revocada por escrito por mí. **Si me niego a firmar lo anterior, entiendo que mi seguro no se facturará y estoy dispuesto a pagar, en su totalidad, todos los servicios prestados a mí en el momento del servicio.**

Firma del paciente o tutor legal. Si no firma el paciente, por favor agregar relación con el paciente *Fecha*

Soy consciente de las normas de privacidad de Pacific Eye y mis derechos y responsabilidades como paciente bajo la ley de portabilidad de salud de 1996 (HIPAA) y otras regulaciones gubernamentales. Todos los intercambios de información, incluyendo la historia de la prescripción, historia clínica y las conversaciones sobre mi condición serán de acuerdo con la política de Pacific Eye. También soy consciente de que hay momentos en que Pacific Eye compartirá mi expediente médico con otros médicos que participen en mi atención médica. Marcando la casilla correspondiente a continuación, doy permiso a Pacific Eye compartir mis expedientes médicos con otros en el campo de la medicina para ayudar a mi atención médica por completo.

Autorizo a la práctica de liberar cualquier información sobre mi atención médica a otros médicos, compañías de seguros y otras instituciones médicas que cuidan colectivamente en mi salud.

Autorizo a la práctica de liberar cualquier información sobre mi atención médica al individuo como mi **contacto de emergencia.**

Autorizo a la práctica de liberar cualquier o toda la información referente a mi atención médica a la persona(s) **que se nombran a continuación:**

Nombre: _____ Relación al paciente: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____ Número de Teléfono: _____

Firma del paciente o tutor legal. Si no firma el paciente, por favor agregar relación con el paciente *Fecha*

Entiendo que se me pueden cobrar los siguientes cargos que mi seguro puede considerar como beneficios no cubiertos. Entiendo que los cargos se pagan en el momento de los servicios.

- Refracción (prueba de agudeza visual): \$80 Estándar / \$95 Medicamento Complejo
- Adaptaciones electivas de lentes de contacto: \$35 Nivel -1 / \$70 Nivel -2 / \$90 Nivel -3 / \$135 Nivel -4
- OPTOS (Alternativo a la dilatación): \$40 Disponible en Paso Robles, San Luis Obispo y Santa Maria
- Forma para DMV (Informe de visión): \$20
- Formulario de discapacidad: \$50
- Copia de registros médicos \$25
- Dos citas perdidas consecutivas: \$50

La información anterior es correcta y verdadera según mi conocimiento.

Firma del paciente o tutor legal. Si no firma el paciente, por favor agregar relación con el paciente *Fecha*