



FORMULARIO DE REGISTRO PARA MENOR DE EDAD

FECHA: _____

Nombre del Menor: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Idioma Principal: _____

Referido Por: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Número de Teléfono: _____

Padre/ Tutor Legal 1: _____ Relación: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Vive con el/la Menor: Si No Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Hogar

Celular

Trabajo

Nombre de Empleador: _____

Padre/ Tutor Legal 2: _____ Relación: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Vive con el/la Menor: Si No Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Hogar

Celular

Trabajo

Nombre de Empleador: _____

Padre/ Tutor Legal 3: _____ Relación: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Vive con el/la Menor: Si No Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Hogar

Celular

Trabajo

Nombre de Empleador: _____

CONTINUA →

Información de Aseguranza

Aseguranza Primaria: _____ Fecha de vigencia: _____

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

ID de abonado _____ N° de Grupo _____ # de Seguro Social: _____

Aseguranza Secundaria: _____ Fecha de vigencia: _____

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

ID de abonado _____ N° de Grupo _____ # de Seguro Social: _____

Aseguranza de Visión: _____ Fecha de vigencia: _____

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

ID de abonado _____ N° de Grupo _____ # de Seguro Social: _____

Si los padres están divorciados o separados ¿quién tiene la custodia? _____.
¿Existen restricciones legales que impidan que el padre con custodia dé su consentimiento para el tratamiento médico del menor u obtenga tratamiento médico para el menor? **Si No**. En caso de responder si, proporcionar una explicación y proporcione una copia de la documentación legal que respalda esta restricción: _____

¿Quién debería recibir los estados de cuenta? Elija uno solo: Padre/Tutor Legal 1 2 3
**Todos los documentos que puedan ser recogidos por tutores no legales deben contar con el consentimiento por escrito.*

Me doy cuenta de 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 seguro médico. También entiendo que se le hará el cobro a mi compañía de seguro médico como una cortesía hacia mí. Es mi responsabilidad saber los términos de cobertura, incluyendo la necesidad de autorización previa. Por la presente asigno los beneficios a los que soy elegible para cubrir 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 vigor y efecto hasta ser revocada por mí en escrito.

Firma del paciente, padre, o tutor legal.

Relación

Fecha

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.



Entiendo que me pueden cobrar una REFRACCIÓN por mi hijo (a) menor de edad. Se trata de una prueba especializada que permite al médico obtener la información necesaria para diagnosticar adecuadamente la agudeza visual. Al momento de la refracción, el médico puede realizar una refracción de rutina o puede necesitar, según la condición médica de mi hijo(a) menor de edad, una refracción más compleja. **Esta tarifa tiene un costo de \$75 y \$90 dólares.** Mi compañía de seguros puede considerar las refracciones como un beneficio no cubierto. Esto significa que seré responsable del pago total de los servicios de refracción prestados. También entiendo que el pago de refracción se cobrará en el momento del servicio.

Firma del paciente, padre, o tutor legal.

Relación

Fecha

Soy consciente de las normas de privacidad de Pacific Eye y mis derechos y responsabilidades como padre o tutor legal del paciente menor de edad bajo la ley de portabilidad de salud de 1996 (HIPAA) y otras regulaciones gubernamentales. Todos los intercambios de información, incluyendo el historial de recetas de medicamento, 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 de compartir mis expedientes médicos con otros en el campo de la medicina para ayudar a mi atención médica en general.

Autorizo a la práctica de enviar o compartir cualquier información sobre mi atención médica a otros médicos, compañías de seguros médicos y otras instituciones médicas que cuidan colectivamente en la salud de mi hijo (a) menor de edad.

Autorizo a la práctica de enviar o compartir cualquier información sobre su atención médica al individuo escrito como **contacto de emergencia.**

Autorizo a la práctica de enviar o compartir cualquier o toda la información referente a su atención médica a la persona (s) se nombran a continuación:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

La información anterior es correcta y verdadera según entiendo.

Firma del paciente, padre, o tutor legal. Si no es paciente, por favor agregar relación con el paciente

Fecha

CONTINUA →