

Family EyeCare Center -- ¡Bienvenidos a Nuestra Oficina!

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE (APELLIDO)		(PRIMERA)	(SEGUNDO NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO
SEGURO SOCIAL		DOMICILIO	CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	TELÉFONO DE LA CASA#
EDAD	SEXO	NOMBRE DEL EMPLEADOR		TELÉFONO DE LA TRABAJO#
ESTADO CIVIL		DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	TELÉFONO CELULAR#
FECHA DE ÚLTIMO EXAMEN DE LA VISTA		MÉDICODE LA VISTA ANTERIOR		<input type="checkbox"/> MENSAJE DE TEXTO
FECHA DE EXAMEN MÉDICO ÚLTIMO		MÉDICODE ATENCION PRIMARIA		
¿QUIÉN PODEMOS AGRADAR POR REFERIRLO A NUESTRA OFICINA?				
CONTACTO DE EMERGENCIA			RELACIÓN	NÚMERO DE CONTACTO#

INFORMACIÓN CÓNYUGE/PADRES/TUTORES

CÓNYUGE/PADRES/TUTORES	DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE)	TELÉFONO CELULAR#	FECHA DE NACIMIENTO
EMPLEADOR	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DE LA TRABAJO#	SEGURO SOCIAL

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO MÉDICO		ID#	
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL	RELACIÓN CON EL PACIENTE
EMPLEADOR Y DOMICILIO DEL ASEGURADO			LA PÓLIZA DE TRABAJO#
SEGURO DE VISIÓN		ID#	
NOMBRE DEL TITULAR DE POLÍTICA	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL	RELACIÓN CON EL PACIENTE
¿RECLAMO DE COMPENSACION AL TRABAJADOR?	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	PERSONA DE CONTACTO	TELÉFONO#

PERMISOS ESPECIALES

Escriba sus iniciales y la fecha Todos los estados correspondientes a continuación:

Doy permiso Family EyeCare Center dejar correo de voz/mensajes del contestador automático de mi casa, celular o correo electrónico	INICIAL	FECHA
_____	_____	_____
Doy permiso Family EyeCare Center para discutir mi cuidado médico/facturación con:		
Nombre: _____ Relación: _____	_____	_____
Nombre: _____ Relación: _____	_____	_____
Aviso de prácticas de privacidad ha sido puesto a prácticas	_____	_____

CORRESPONDENCE

Ahora estamos haciendo un mayor uso de la comunicación electrónica con nuestros pacientes. Para ayudarnos a proporcionar el servicio más rápida posible, por favor, introduzca su dirección de correo electrónico actual a continuación. Si el paciente es menor de edad y un padre preferiría recibir la comunicación, por favor inserte su correo electrónico:

NOTA: toda la información del paciente si se mantiene estrictamente confidencial. Su dirección NUNCA se comparte.

Preferencia Comunicación (marque uno): Teléfono Texto del mensaje Email

Gracias por elegir a Family EyeCare Center para sus necesidades de visión!
(ver reverse)

HISTORIA SOCIAL

(Se requiere para documentar de acuerdo con las normas federales)

Altura: _____ pies _____ pulgadas	Peso: _____ libras
Utiliza productos de tabaco? [] No [] Sí	Si sí, tipo: _____ cantidad: _____ cuánto tiempo: _____
Bebe alcohol? [] No [] Sí	Si sí, tipo: _____ cantidad: _____ cuánto tiempo: _____
Usa drogas ilegales? [] No [] Sí	Si sí, tipo: _____ cantidad: _____ cuánto tiempo: _____
Ésta embarazada y/o la lactancia? [] No [] Sí	Si sí, tipo: _____ cantidad: _____ cuánto tiempo: _____
Alguna vez ha estado expuesto o infectado con:	[] Gonorrea [] Hepatitis [] HIV [] Sifilis [] Otro: _____

SERVICIOS NO CUBIERTOS

Hay un cargo adicional para la pieza de la lente de contacto de nuestro examen. La mayoría de las compañías de seguros no cubren las visitas al consultorio relacionados lente de contacto, así que entiendo el cargo adicional será mi responsabilidad. Si usted es un nuevo usuario de lentes de contacto o está en encajar en un tipo diferente de lentes de contacto, habrá un cargo adicional. También entiendo que el cribado de la retina digital no está cubierto por las compañías de seguros y si elijo tener ese procedimiento yo soy responsable de la tarifa adicional.

Firma _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

FIRMA DEL SEGURO EN EL ARCHIVO

Nombre del paciente (Impresión)

Identificación de Medicare #

1. Medicare

Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare se hagan en mi nombre a la Family EyeCare Center para servicios prestados a mí por Family EyeCare Center. Autorizo a cualquier poseedor de información medica sobre mí para liberar a la Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información necesaria para ser determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se efectúe el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si otro seguro de salud se indica en el punto 9 del formulario HCFA 1500 o en otros lugares en otros formularios de solicitud aprobado, mi firma autoriza la liberación de la información a la compañía de seguros o agencia se muestra.

Family EyeCare Center acepta la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa y el paciente es responsable solo por el coaseguro deducibles y servicios no cubiertos. El coaseguro y el deducible se basan en la determinación de la carga por el transportista Medicare.

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha

2. Medigap

Si una póliza Medigap u otro seguro de salud se indica en el punto 9 del formulario HCFA 1500 o en otros lugares en otros formularios de solicitud aprobado, mi firma autoriza la divulgación de la información a la compañía de seguros o agencia se muestra. Solicito que el pago de beneficios de seguro de secundaria autorizados sea hecho a mi o en mi nombre a la Family EyeCare Center.

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha

3. Otro Seguros

Yo autorizo el pago de beneficios de seguro deben introducirse en la oficina de Family EyeCare Center por cualquier servicio o materiales suministrados. Yo autorizo a esta oficina y la compañía de seguros para liberar la información pertinente para los beneficios por pagar se pueden determinar por los servicios y/o materiales suministrados. En el caso de mi deducible no se ha cumplido, ni a mi compañía de seguros no paga en el pago total o niega, entiendo que yo o la persona responsable de la cuenta será requerido para pagar el saldo.

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha