

**FORMULARIO DE REGISTRO PARA ADULTO**

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primer Nombre* *Segundo Nombre*

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Nº De Seguro Social: \_\_\_\_\_ Idioma Principal: \_\_\_\_\_

Dirección de Envió: \_\_\_\_\_  
*Calle* *Ciudad* *Código Postal*

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
*Hogar* *Celular* *Trabajo*

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Referido Por: \_\_\_\_\_

¿ Estas en un centro de enfermería especializada? S N Si, Nombre: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ # de Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de Trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primer Nombre*

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de Aseguranza**

**Aseguranza Primaria:** \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

ID de abonado \_\_\_\_\_ Nº de Grupo \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Aseguranza Secundaria:** \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

ID de abonado \_\_\_\_\_ Nº de Grupo \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Aseguranza de Visión:** \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

ID de abonado \_\_\_\_\_ Nº de Grupo \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_



Passion defines us. Vision unites us.

Me doy cuenta 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.

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

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.**

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) se nombran a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del tutor legal o paciente. Si no es 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):	\$75 Estándar / \$90 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 ofrecido en Paso Robles, San Luis Obispo y Santa Maria
DMV informe de visión:	\$20
Formulario de discapacidad:	\$50
Copia de registros medicos	\$25
Dos citas perdidas consecutivas:	\$50

Firma del tutor legal o paciente. Si no paciente, por favor agregar relación paciente

fecha

La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento.