

# PACIFIC EYE SURGEONS

FECHA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

NUEVO  ESTABLECIDO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Estado Civil C S D V Sexo M\_\_\_ F\_\_\_

# de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ # de Licencia \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DE COBROS

Nombre Legal: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ # de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Aseguranza: Primario: \_\_\_\_\_ Secundario: \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Favor de nombrar alguien que debemos de notificar en caso de una emergencia.

Nombre Legal: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

## OTRAS PREGUNTAS

¿Cómo se enteró de nuestro oficina? \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_  
(Incluye el nombre de su doctor, si fue referido por el/ella.)

**FAVOR DE COMPLETAR LOS DOS LADOS**

**SOBRE EL PAGO PARA LOS SERVICIOS PROVEIDOS:**

Yo entiendo que soy responsable por los cobros que traten de todos los servicios médicos ofrecidos a mí o a mis dependientes, sin interesar la posibilidad de un reembolso que se pueda ofrecer a puesto de mi aseguanza. También entiendo que soy responsable por los servicios no cubiertos como reviso de lentes de \$40.00. *Es mi responsabilidad informar a Pacific Eye Surgeons de cualquier cambio que tenga que ver con mi aseguanza.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o del Responsable si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS PARA MEDICARE:**

Pido que se haga pago sobre servicios autorizados por Medicare a mi o a Pacific Eye Surgeons con mi permiso, de los servicios que he recibido hasta ahora. Autorizo a la persona encargada de mi información médica el poder de distribuir mi información a la Administración de Financia de Salud y sus agentes para el uso de determinación de mi elegibilidad sobre pagos y beneficios de mi aseguanza.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o del Responsable si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AUTORIZACIÓN SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que Pacific Eye Surgeons, Inc. tiene mi autorización para distribuir información sobre mi salud general para el uso de especialistas si el doctor que me esta tratando la requiere. Se dará la información mínima requerida para poder realizar los pasos necesarios para aseguar el pago completo de mi compañía de aseguanza al doctor o la compañía de la cual yo reciba servicios médicos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o del Responsable si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NOTIFICACIÓN DE HIPAA SOBRE PRIVICIDAD Y ENTENDIMIENTO DE PRÁCTICAS:**

Yo entiendo que bajo el reglamento de la ley “Portabilidad y Contabilidad de Aseguanza de Salud” (HIPAA, 1996), que tengo ciertos derechos debidos a la privacidad y protección sobre información de mi salud.

**Entiendo que esta información puede y será usada para el uso de: 1) Conducir, planear, y dirigir mi tratamiento y cuidado adecuadamente a proveedores de salud que puedan ser incluidos con mí cuidado directamente o indirectamente. 2) Para obtener pago de otros proveedores. 3) Conducir un cuidado normal y adecuado para obtener calidad y certificación de los médicos.**

Entiendo que se me ha explicado e informado y que tuve acceso a la Notificación de HIPAA sobre Privacidad y Entendimiento de Practicas conteniendo una descripción completa de los usos sobre mi información de salud. Entiendo que el doctor al que yo asista tiene derecho a cambiar esta información para obtener cualquier cambio con la Notificación Sobre Privacidad y Entendimiento de Practicas.

**Entiendo que puedo cancelar este consentimiento a cualquier hora, excepto cuando los pasos adecuados se han hecho para notificarme sobre este consentimiento.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o del Responsable si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha