

**Professional Eye Associates
Información Del Paciente**

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ # de SS: _____ - _____ - _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular: _____ Teléfono del Empleador: _____

Correo Electrónico: _____ No tengo Correo Electrónico

Método preferido para comunicación: Casa Celular Trabajo Correo Electrónico Mensaje de Texto

Dirección de Caja Postal: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo(a)

Lenguaje Preferido: Inglés Español Otro: _____
Origen Étnico: Hispano o Latino No-Hispano o Latino
Raza: Blanca Negra Asiática Otra: _____

Médico de Cabecera: _____ Nombre de la Clínica: _____

PACIENTES CON MEDICARE:

Apellido de soltera de su madre: _____ Nombre del estado donde nació el paciente: _____

Contactos Alternativos: Por Favor mencione las personas a las cuales podemos contactar para compartir su información médica o en caso de emergencia:

Nombre: _____ # de Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ # de Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ # de Teléfono: _____ Relación: _____

MENORES / NIÑOS DEPENDIENTES: Si el paciente es menor de edad o está bajo custodia, por favor llene lo siguiente:

Nombre de la Madre/Tutor: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de SS: _____ - _____ - _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular: _____ Teléfono del Empleador: _____

Dirección de Calle: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Empleador: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de SS: _____ - _____ - _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular: _____ Teléfono del Empleador: _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Empleador: _____

Tenga en cuenta: Debemos de tener una copia de su identificación válida con su fotografía y su aseguanza(s) en el archivo.

Por favor complete el otro lado de esta forma.

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

1) Asegurancia Médica: _____ # de Póliza: _____
Nombre de asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de SS: _____ - _____ - _____
Relación al Paciente: Yo Mismo Esposo(a) Padre Otro

2) Asegurancia Médica: _____ # de Póliza: _____
Nombre de asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de SS: _____ - _____ - _____
Relación al Paciente: Yo Mismo Esposo(a) Padre Otro

3) Asegurancia de Visión: _____ # de Póliza: _____
Nombre de asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de SS: _____ - _____ - _____
Relación al Paciente: Yo Mismo Esposo(a) Padre Otro

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y/O AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DESIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y/O AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

Yo autorizo el tratamiento de la persona mencionada arriba y también autorizo que cualquier pago de beneficios sea pagado al proveedor de servicios a favor del paciente. Yo le notificaré a Professional Eye Associates por escrito si yo quiero revocar ésta autorización.

Firma de Paciente o Guardián _____ Fecha _____

Nombre en Letra de Molde _____ Relación al Paciente _____

DECLARACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que como parte de mi cuidado de salud, ésta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento, y cualquier plan para el futuro, yo entiendo que ésta información sirve como:

- una base para planear mi cuidado y tratamiento
- un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura
- un medio por el cual un tercer pagador pueda verificar que los servicios fueron efectivamente previstos
- una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, tales como la evolución de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de salud.

Yo entiendo y se me ha proveído con un *Aviso de Prácticas de Información* que provee una descripción más completa de uso y revelación de información. Yo entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar éste consentimiento. Y entiendo que la organización reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas y antes de su implementación enviará una copia por correo del aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Yo entiendo que tengo el derecho de oponerme al uso de mi información de salud para propósitos de guía. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a la información como mi salud para ser utilizada o divulgada, para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención medica y que la organización no es necesario llegar a un acuerdo con las restricciones solicitadas. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en la organización ya tomadas en relación a lo mencionado.

Firma de Paciente o Guardián _____ Fecha _____

Nombre en letra de Molde _____ Relación al Paciente _____