

Database - Información Personal: (Esta información es Confidencial y Protegida)

Apellido(s) _____ Nombre _____ Inicial _____ Otros Nombre _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
de Tel. Casa (_____) _____ # de Tel. Trabajo (_____) _____ # de Cell (_____) _____
e-mail (Para ordenar lentes de contacto) _____
Fecha de Nac. _____ # de SS _____ # de Lic. _____
Empleador _____ Ocupación _____
Como se enteró de nosotros? _____ Referido por _____
Contacto en caso de emergencia _____ # de Tel. _____
Si el paciente es menor, nombre del representante _____
de Lic. del Representante _____ # del SS _____

Nota: Menores deben estar acompañados por su Representante en todo momento y presentar documentación.

Información de Seguro:

Nombre del seguro de **VISIÓN** _____ # del miembro _____
Nombre del miembro primario: _____ # de SS del miembro primario _____
Nombre del seguro **MÉDICO** _____ # del miembro _____
Nombre del miembro primario _____ Empleador _____

Estado De Responsabilidad Del Paciente, HIPAA y Consentimiento Para Tratamiento

- Autorizo a I-Care Optical a ejecutar sus servicios optometricos y opticos (incluyendo exámen médico).
- He leído y entiendo las reglas de I-Care Optical.
- Entiendo que seré financieramente responsable de todos los cargos que incurran durante mi examinación en I-Care Optical, incluyendo el tiempo que el Dr. ocupe durante mi visita, servicios, exámenes de lentes de contacto y materiales.
- Entiendo que los copagos de mi seguro deben ser efectuados al momento del examen.
- Entiendo que la elegibilidad de mi seguro no es garantía de pago si esta no puede ser verificada. Si mi deducible está pendiente o el reclamo es negado, sere responsable de los gastos incurridos.
- Entiendo que seré responsable de los gastos incurridos en la collección, o litigación de algún saldo pendiente. Las cuentas vencidas están sujetas a cargos financieros, cargos de agencias de collección y serán reportados al bureau de crédito.
- Entiendo que I-Care Optical está comprometido a proteger mi identidad y mi privacidad.
- Tengo conocimiento y estoy al tanto del Aviso de Prácticas Privadas. Entiendo que durante la consulta médica optométrica es necesario crear una historia médica del paciente. Esta información puede ser revelada a otros medicos de ser necesario durante un tratamiento, facturación o referido.
- Autorizo a esta oficina a dar información necesaria a fin de agilizar los reclamos del seguro, y al firmar esta planilla autorizo a que se hagan los pagos directamente a mi Doctor.
- Entiendo que en caso de que solicite mis records medicos, tendré que firmar un acta de liberación de records y presentar una identificación con foto. Las copias de los records medicos se le darán solo al paciente (o al representante que acompañe a un menor). Si usted quisiera que otra persona que tuviera acceso a sus records (o de sus hijos) por favor escriba su nombre aquí.
- Autorizo a _____ a tener acceso de mis records (o de mi hijo (a)).
Familia/Amitades que puedan tener acceso a mi record

Firma del paciente/padre/guardian (si es menor): _____ Fecha _____

Esta información es protegida y confidencial. Si desea, puede solicitar una copia.