

## REGISTRACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Hombre / Mujer

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Situación de trabajo: tiempo completo / mitad / estudiante / retirado(a)

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Situación matrimonial: Soltero(a) / casado(a) / viudo(a) / divorciado(a)

Nombre de pareja: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Información del doctor que lo refirió:

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

Especialidad: Optomologo / Optometrista / doctor familiar

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telephone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Doctor Familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telephone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Información De Aseguransa: ( favor de presentar sus tarjetas a la recepcionista)

\*Si la tarjeta de su aseguransa no es presentada el balance será transferido al paciente.

**Persona de Contacto en caso de Emergencia:** \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

Si su enfermedad o accidente fue relacionado por el trabajo, por favor denos:

La fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Información de compensación al trabajador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### **BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN MEDICA**

*Aseguransa es considerada un metodo de re-emborsamiento para el paciente de los pagos dados al doctor, y no es un subtituto para el pago. Es su responsabilidad pagar cualquier deducible, co-pago o otros balances no pagados por su aseguransa.*

Yo autoriso pago de Medicare o otra aseguraza disponible para servicios de medicos o cirugía a California Retina Consultants.

Yo autoriso la liberación de cualquier información medica demandada por mi compañía de aseguransa acerca de mi enfermedad, cirugía, o lesion.

**Yo entiendo que si yo soy un miembro de una Organización Vigilante de Salud (HMO), yo sere responsable de obtener autorización anterior de mi doctor familiar para todas mis visitas y procedimientos dados en esta oficina. Yo entiendo que si no hay autorización anterior, yo podre ser responsable por los cargos de esa fecha de tratamiento. Yo entiendo que todos los co-pagos seran pagados al tiempo de la visita o el tratamiento.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

### **RECONOCIMIENTO DE REPASO DE ADVERTENCIA DE PRACTICAS PRIVADAS**

**Yo reconozco que e sido ofrecido(a) una copia de Advertencia de Practicas Privadas de esta clínica. Yo también reconozco que una copia de la Advertencia actual estara colocada en la area de recepción y yo sere ofrecido una copia de cualquier modificación a la Advertencia de Practicas Privadas en cada cita.**

**La Advertencia de Practicas Privadas sera ofrecida a mi en la primera visita en la clinica.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Escriba su nombre: \_\_\_\_\_