

Información del Paciente

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F Seguro Social : _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Como Contactarlo(a)

Teléfono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Email: _____ Contacto en caso de Emergencia: Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Información del Asegurado (Si es diferente de la anterior)

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Seguro Social: _____

Nombre del Seguro Medico: _____ ID# _____

Seguro Medico Secundario: _____ ID# _____

Información Adicional

Tiene un Optometrista? Sí No Nombre: _____

Tiene un Medico de Cabecera? Sí No Nombre: _____

Como oyó a cerca de SoCal Eye?

Familia/Amigo Medico de Cabecera Website Plan de Seguro Optometrista (O.D.)

Tiene una Farmacia regular? Sí No Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Firma de la persona responsable

Fecha

Cobertura de HMO/PPO

Si usted tiene un seguro medico con el que estamos contratados, nosotros requerimos una copia de su tarjeta del Seguro medico, la dirección, **el copago y/o cualquier deducible que sean debidos al tiempo de su visita.**

Medicare

Nosotros participamos en el Programa Federal de Medicare. Medicare pagara el 80% de los cargos aprobados después de que usted ha pagado su deducible anual. Como paciente, usted será responsable del 20% a menos que tenga in seguro secundario.

Refracciones/Prescripciones para anteojos- \$50

Las refracciones son un servicio **no-cubierto** bajo el programa de Medicare. Medicare diferencia entre una “refracción medica” y refracciones hechas con el único propósito de obtener anteojos.

OTROS PLANES DE SEGURO varían de acuerdo a su cobertura individual. En nuestra experiencia , a menos que usted tenga beneficios de visión, su seguro probablemente **no** cubrirá el costo de la **refracción**. Si su seguro NO cubre la refracción habrá un costo de \$50 que será colectado el día de su visita.

Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos sean o no pagados por mi seguro.

Yo entiendo que en el caso de que mi pago con crédito/débito o cheque sea devuelto, mi cuenta tendrá un recargo de \$35.00 dólares por el servicio. Si el balance de la cuenta no es pagada a los 90 días de servicio, tambien podría tener un recargo adicional de \$35.00 dólares.

Yo aquí autorizo a mi doctor para que de la información necesaria a mi compañía de seguro para asegurar el pago de mis beneficios.

Firma de la Persona Responsable

Fecha

HIPAA Aviso de Practicas de Privacidad

Yo reconozco que he recibido o he tenido la oportunidad de recibir el Aviso de Practicas de privacidad de **Southern California Eye Physicians and Associates** . Con mi firma, yo “solamente” reconozco que he recibido o he tenido la oportunidad de recibir el Aviso de Practicas de Privacidad.

Firma de la Persona Responsable

Fecha