



## PATIENT INFORMATION

DATE (FECHA) \_\_\_\_\_ ACCOUNT # \_\_\_\_\_

NAME ( NOMBRE): \_\_\_\_\_ SEX (SEXO) \_\_\_\_\_

MARITAL STATUS (ESTADO CIVIL) \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH (FECHA DE NACIMIENTO) \_\_\_\_\_ AGE (EDAD) \_\_\_\_\_

SOCIAL SECURITY NUMBER (NUMERO DE SEGURO SOCIAL) \_\_\_\_\_

PHONE (TELEFONO) HOME (CASA) \_\_\_\_\_ WORK (TRABAJO) \_\_\_\_\_ CELL (CELULAR) \_\_\_\_\_

ADDRESS (DIRECCION) \_\_\_\_\_

CITY (CIUDAD) \_\_\_\_\_ STATE (ESTADO) \_\_\_\_\_ ZIP CODE (CODIGO POSTAL) \_\_\_\_\_

PERSON RESPONSIBLE FOR BILL \_\_\_\_\_  
(PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA)

OCCUPATION (OCUPACION) \_\_\_\_\_ WORK PHONE (TELEFONO DEL TRABAJO) \_\_\_\_\_

EMPLOYER (EMPLEADOR) \_\_\_\_\_

ADDRESS (DIRECCION) \_\_\_\_\_

E-MAIL ADDRESS (DIRECCION ELECTRONICA) \_\_\_\_\_

PATIENT'S SPOUSE OR PARENT (IF MINOR) \_\_\_\_\_  
(ESPOSO (A) PADRES (SI ES MENOR))

REFERRED BY (REFERIDO POR) \_\_\_\_\_ PHONE (TELEFONO) \_\_\_\_\_

FAMILY PHYSICIAN (MEDICO FAMILIAR) \_\_\_\_\_ PHONE (TELEFONO) \_\_\_\_\_

INSURANCE CARRIER NAME (NOMBRE DEL SEGURO) \_\_\_\_\_

NAME AND SOCIAL SECURITY NUMBER OF THE SUBSCRIBER \_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y NUMERO DE SEGURO DEL ASEGURADO)

ALLERGIES (ALERGIAS) \_\_\_\_\_

PHARMACY NAME \_\_\_\_\_ ADDRESS \_\_\_\_\_ PHONE \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DE LA FARMACIA) (DIRECCION) (TELEFONO)

EMERGENCY CONTACT: NAME \_\_\_\_\_ PHONE \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP \_\_\_\_\_

MAY WE LEAVE A MESSAGE IN YOUR VOICEMAIL OR ON YOUR ANSWERING MACHINE? N/A \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(PODEMOS DEJARLE UN MENSAJE EN SU MAQUINA TELEFONICA O CORRERO ELECTRONICO)

MAY WE CONTACT YOU AT WORK? N/A \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(PODEMOS LLAMARLE AL TRABAJO?)

MAY WE DISCUSS MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU WITH YOUR SPOUSE OR FAMILY MEMEBER? N/A \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(NOS AUTORIZA A DISCUTIR INFORMACION MEDIA CON SU ESPOSO/A - O ALGUN FAMILIAR?)

I authorize the release of medical information necessary to process any of my insurance claims and I authorize payment of medical benefits directly to the Center For Excellence in Eye Care for services rendered. I understand and agree that (regardless of my insurance status) I am ultimately responsible for the balance of my account for any professional services rendered as well as any additional collection agency fees should their assistance become necessary. The undersigned agrees, whether he/she signs as a parent, spouse, guardian, or the patient that in consideration of the services to be rendered to the patient, he/she hereby individually obligates himself/herself to pay the account. 10% of the outstanding amount will be added to the account to cover collection fees. Should the account be referred to an attorney for collection, the undersigned shall pay reasonable attorney's fees and collection expenses.

(El (La) suscrito (a) autoriza que, toda la informacion médica necesaria para procesar cualquiera de mis reclamos a mi compañía de seguros sea puesta a disposicion de ésta. Asi mismo autorizo el pago de mis beneficios médicos directamente al Center For Excellence in Eye Care. Entiendo y acepto que, independiente de mi condicion de asegurado (a), soy totalmente responsable de mi cuenta por los servicios profesionales recibidos en este centro. Si acaso esta cuenta fuese enviada a un servicio de cobranzas, todos los gastos que se originen de este recurso legal son tambien de mi reponsabilidad. El/la suscrito/a consiente que al firmar como padre, esposo/a, fiador, guardian o paciente, asume la responsabilidad y obligacion por cualquier balance pendiente que derive a causa de tratamiento médico a dicho paciente. 10% de la cantidad pendiente se añidara a la cuenta para cubrir los gastos de recolección. En caso de que la cuenta fuese referida a un abogado, el/la suscrito/a pagara dichas cuentas legales y asumira costos de coleccion.

SIGNATURE (FIRMA) \_\_\_\_\_ NAME (NOMBRE) \_\_\_\_\_

PLEASE PRINT NAME (por favor use letra de molde)



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ No. Del Expediente \_\_\_\_\_

Fecha de Visita: \_\_\_\_\_

Mi firma indica que he recibido una copia sobre la privacidad en la practica del Center For Excellence in Eye Care.

Este centro tiene el derecho de cambiar los terminos en este formulario, si eso ocurre deben notificarlo en el salòn de espera ò darme una copia si yo la pidiera; yo entiendo que en esta notificaciòn se esplica de la manera que van a disponer de la informacion sobre mi salud.

Yo soy el paciente ò la persona autorizada para tomar decisiones relacionadas con las razones mencionadas.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Persona Autorizada

\_\_\_\_\_  
Vinculo con el Paciente

**TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PERSONNEL IF FORM WAS NOT SIGNED**

1. Was the patient provided with a copy of the Center For Excellence in Eye Care's Notice of Privacy Practices? \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

2. Briefly describe the efforts made to obtain the patient's Acknowledgement of Receipt of the Notice and explain why the patient was not able or willing to sign this form:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Health Care Personnel



## A NUESTROS PACIENTES CON RESPECTO A SU SEGURO MEDICO

La póliza de seguro que Ud. tiene es un contrato personal entre Ud. y su Compañía de seguros. Nosotros somos solamente médicos brindándoles nuestro mejor cuidado en un ambiente de respeto y de genuino interés por su bienestar. Merecemos que nuestros servicios sean remunerados independiente si están cubiertos o no por su póliza actual. No estamos empleados por su Compañía ni tomamos decisiones con respecto a su póliza dentro de la misma. **Muchos pacientes se confunden con la forma en que su compañía de seguros cubre el cuidado de su visión.** Muchas pólizas sólo admiten los gastos generados por una condición de enfermedad ocular, o sea un diagnóstico médico. Esto significa que si su doctor encuentra patología ocular durante su exámen, parte o toda su cuenta será cubierta por su seguro, si su seguro determina que ésa fue la razón de su consulta. Sin embargo, si el exámen demuestra que Ud. esta normal de la vista, o tiene un diagnóstico visual tal como miopia, ambliopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia, cefaleas, o astenopía su seguro no pagará por su exámen oftalmológico. Como no nos es posible predecir de antemano cual será el resultado del exámen, tampoco podemos decirle de Algunas Compañias requieren que Ud. sea referido por su Médico Primario, y es su deber traer consigo este referido al momento de su consulta. Si Ud. desea ser atendido sin este requisito, Ud. será responsable de pagar al momento de su consulta. Es la responsabilidad de cada paciente conocer y entender sus pólizas individuales. Nosotros trabajamos con un gran número de compañías asegurados, y no nos es posible actuar de intérpretes de las pólizas individuales de cada paciente. Le agradecemos su cooperación y paciencia.

Todas las compañías de seguros, incluyendo Medicare, nos han informados que la **REFRACCION** (la examinacion que determina la prescripcion para espejuelos) es un servicio **"no cubierto"** que no sera reembolsado ni al doctor ni al paciente.

Aun siendo "proveedores participantes", si una refraccion es necesaria o pedida por el pacient **45.00** cobrados a la hora de este examen, y no podemos remitir este cargo a su compañía de seguros o Medicare.

**(El (La) suscrito (a) autoriza que, toda la información médica necesaria para procesar cualquiera de mis reclamos a mi compañía de seguros sea puesta a disposicion de ésta. Asi mismo autorizo el pago de mis beneficios médicos directamente al Center For Excellence in Eye Care. Entiendo y acepto que, independiente de mi condición de asegurado (a), soy totalmente responsable de mi cuenta por los servicios profesionales recibidos en este centro. Si acaso esta cuenta fuese enviada a un servicio de cobranzas, todos los gastos que se originen de este recurso legal son también de mi reponsabilidad). El/la suscrito/a consiente que al firmar como padre, esposo/a, fiador, guardian o paciente, asume la responsabilidad y obligación por cualquier balance pendiente que derive a causa de tratamiento médico a dicho paciente. En caso de que la cuenta fuese referida a un abogado, el/la suscrito/a pagara dichas cuentas legales y asumira costos de colección.**

**HE LEIDO LO ANTERIOR Y LO ENTIENDO COMPLETAMENTE**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha