

## ADMISIÓN DE PACIENTE E HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE LEGAL DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA:

COPAGO MÍNIMO POR SU EXAM EL DÍA DE HOY PUEDE SER: RUTINARIO \$ \_\_\_\_\_ MÉDICO \$ \_\_\_\_\_ AJUSTE DE CONTACTO \$ \_\_\_\_\_  
CARGOS FINALES SERÁN DETERMINADOS UNA VEZ QUE SE HAYA COMPLETADO SU EXAMEN (SI APLICA)

PORFAVOR MARQUE SU MÉTODO DE PAGO:

EFECTIVO: \_\_\_\_\_ CHEQUE: \_\_\_\_\_ DÉBITO/CRÉDITO: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE PREFERIDO:

GÉNERO:

TELÉFONO DE CASA:

DIRECCIÓN:

CELULAR:

EMAIL:

EMPLEADOR:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:  
SI INS. LO REQUIERE

OCUPACIÓN:

### ENTIDAD RESPONSABLE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

PADRE O TUTOR NOMBRE COMPLETO:

RELACIÓN AL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO PRIMARIO:

DIRECCIÓN:

EMAIL:

### SEGURO DE VISIÓN

### SEGURO MÉDICO

COMPAÑÍA DE SEGURO:

COMPAÑÍA DE SEGURO:

NÚMERO DE PÓLIZA:

NÚMERO DE PÓLIZA:

NÚMERO DE GRUPO:

NÚMERO DE GRUPO:

SEGURO SECUNDARIO (SI APLICA):

SEGURO SECUNDARIO (SI APLICA):

### INFORMACIÓN DEL TITULAR DE PÓLIZA (SI ES DIFERENTE AL PACIENTE)

NOMBRE  
(COMO SE MUESTRA EN LA TARJETA):

DIRECCIÓN:

SSN (SI LO REQUIERE EL INS.):

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO PRIMARIO:

### INFORMACIÓN DE CUIDADO PRIMARIO

NOMBRE DEL DOCTOR:

TELÉFONO:

 LLENANDO ESTA CAJA AUTORIZO COMPARTIR MI REGISTRO O DIAGNÓSTICO CON MI DOCTOR.

### INFORMACIÓN DE CUIDADO PRIMARIO

NOMBRE DE FARMACIA:

CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL:

### HIPAA AVISO DE PRIVACIDAD

LA PÓLIZA HIPAA ESTUVO DISPONIBLE PARA LEER DURANTE MI VISITA. \_\_\_\_\_ (INICIALES DEL PACIENTE)

NOSOTROS NO COMPARTIMOS LA INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL DEL PACIENTE (PHI) SIN SU AUTORIZACIÓN. EN CASO DE EMERGENCIA, PORFAVOR PROVEA INFORMACIÓN DE ALGÚN INDIVIDUO CON QUIEN PODAMOS COMPARTIR SUS REGISTROS MÉDICOS.

INDIVIDUO AUTORIZADO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

AUTORIZO SER CONTACTADO POR MI PROVEEDOR DE CUIDADO VISUAL EN CUALQUIER NÚMERO O DIRECCIÓN QUE HAYA PROVISTO EN ESTE FORMULARIO O EN UN ENCUENTRO ANTERIOR CON EL MOTIVO DE ACTUALIZAR MI CUENTA O RECOLECTAR CUALQUIER MONTO EN DEUDA. ENTIENDO QUE MIS COPAGOS RELACIONADOS A UN EXAMEN DE VISTA Y CUALQUIER OTRO AJUSTE OPCIONAL DE LENTES DE CONTACTO DEBE SER PAGADO EL DÍA DE HOY, Y QUE LENTES O LENTES DE CONTACTO PUEDAN NO SER DISPENSADOS HASTA QUE DICHO MONTO SEA CUBIERTO. TAMBIÉN ENTIENDO QUE LOS PAGOS POR SERVICIOS NO SON REEMBOLSABLES NI NEGOCIABLES, Y QUE CUALQUIER PRESCRIPCIÓN DE LENTES DE CONTACTO REALIZADAS SON VÁLIDAS POR UN AÑO DE ACUERDO A LA LEY FEDERAL. ESTOY DE ACUERDO A PAGAR CUALQUIER COSTO DE RECOLECCIÓN RELACIONADOS A LA RECOLECCIÓN ALGÚN MONTO EN DEUDA DEBIDO A UNA FALTA DE PAGO. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR EL COSTO DE TODOS LOS MONTO NO CUBIERTOS, ASÍ COMO SE ESPECIFICA EN DETALLE EN MI RECIBO, EL CUAL INCLUYE: FECHA ESPECÍFICA DEL SERVICIO, DESCRIPCIÓN DE CADA PROCESO/SERVICIO, Y EL MONTO DEL CUAL YO SOY RESPONSABLE. YO CERTIFICO QUE HE SIDO INFORMADO DE TODOS LOS SERVICIOS Y SU COSTO. YO AUTORIZO QUE MI PROVEEDOR DE CUIDADO VISUAL PUEDA REPORTAR MI INFORMACIÓN AL SEGURO MÉDICO, SI SON UN PROVEEDOR PARTICIPANTE EN MI PLAN. SIN EMBARGO, NO GARANTIZAN PODER OBTENER INFORMACIÓN SOBRE MIS BENEFICIOS Y/O COBERTURA, Y SI MI SEGURO NIEGA EL PAGO POR CUALQUIER SERVICIO REPORTADO, YO SERÉ EL ÚNICO RESPONSABLE DEL PAGO COMPLETO Y PUEDO CONTACTAR A MI COMPAÑÍA DE SEGURO DIRECTAMENTE SI HAY ALGUNA DISPUTA. MI PROVEEDOR DE CUIDADO DE VISTA TAMBIÉN PUEDE PROVEERME CON UNA DECLARACIÓN QUE YO PUEDA PRESENTARLE A MI COMPAÑÍA DE SEGURO, EN CASO DE QUE NECESITE SOLICITAR UN REEMBOLSO. ENTIENDO QUE CUALQUIER CITA DE SEGUIMIENTO RELACIONADA A LA EVALUACIÓN DE LENTES DE CONTACTO ESTÁN INCLUIDAS POR TRES MESES DESPUÉS DEL AJUSTE ORIGINAL DE LOS LENTES, Y SI SE REQUIERIERA ASISTENCIA DESPUÉS DE ESE PERIODO, SERÉ RESPONSABLE DE PAGAR EL SERVICIO PROFESIONAL. ADICIONALMENTE, YO SÉ QUE CUALQUIER OTRO SERVICIO QUE YO HAYA ACEPTADO PAGAR VERBALMENTE, ES MI RESPONSABILIDAD CUBRIR EL DÍA EN EL QUE SE HAGA EL SERVICIO. SI FUERA A RECIBIR UNA EXAMINACIÓN MÉDICA, ENTIENDO QUE MI PRINCIPAL SEGURO MÉDICO SERÁ FACTURADO Y YO SERÉ RESPONSABLE DE CUALQUIER DEDUCTIBLE, COSEGURO O COPAGO QUE PUEDAN SER NECESARIOS.

 HE LEÍDO Y ENTIENDO LA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

FIRMA DEL PACIENTE (O PADRE/TUTOR) \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_