

Bienvenido al Centro Para el Cuidado de los Ojos!



Por favor escriba

1 Información del Paciente

Apellido	Nombre	IM	Profesión
Seguro Social	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Grupo Etnico	Idioma Preferido(si no es Inglés)		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Afro-americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Americano
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No respondo

Cómo escuchó acerca de nosotros?

Mi Doctor general (complete esta sección) Ignore esta sección si es : Familia/Amigos Correo Revista o Periódico Internet Walk-in

Apellido	Nombre	IM	Profesión	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono

2 Comunicación con el Paciente

Teléfono Preferido Casa Trabajo Celular # Opcional Casa Trabajo Celular # Opcional Casa Trabajo Cell

Correo Electrónico _____ Si, por favor envíeme información via e-mail (mi correo electrónico no sera vendido o usado para otros propósitos.

3 Adulto Responsable / Padre / Guardian

Relación con el paciente Esposo Padre Otro _____

Apellido	Nombre	IM	Profesión
Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección de la casa <input type="checkbox"/> Igual al Paciente	Ciudad	Estado	Código Postal

Yo autorizo al Centro Para el Cuidado de los Ojos a tratar/cuidar al paciente menor de edad bajo la supervisión general de cualquier optómetra. Esta autorización se otorga según lo requerido por la sección 25.8 del Código Civil De California.

Firma _____ Fecha _____

4 Información Del Seguro

Presente la tarjeta del seguro en la recepción

Nombre en la póliza Igual al #1 (complete la información del empleador) Igual al # 3 (complete la información del empleador) Otro

Apellido	Nombre	IM
Seguro Social	Fecha De Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Nombre del Trabajo	Dirección del Trabajo	Teléfono del Trabajo

5 A Quién Contactar En Caso De Emergencia

Igual que la sección 3. No responda

Apellido	Nombre	Relación con el paciente	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono Preferido <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cel	# Opcional <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cel	# Opcional <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cel	

6 Reconocimiento de las Políticas Financieras(forma dorada) El ECC acepta efectivo, cheques, Visa, MC, y Discover

He leído las políticas financieras del ECC y estoy de acuerdo con las cláusulas contenidas en dicha forma. Entiendo que estoy obligado a pagar por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente por servicios, materiales o deducibles no cubiertos por mi seguro, y autorizo al ECC para entregar información necesaria a mi compañía de seguros para procesar reclamos en mi nombre.

Firma _____ Fecha _____

7 Reconocimiento de mis derechos a la privacidad de la información (forma verde)

He leído la Declaración de los Derechos de Privacidad de la Información del ECC y entiendo mis derechos. Con mi firma, reconozco que el ECC me entregó el documento que explica acerca del uso de mi información confidencial para efectos de mi tratamiento, pagos y actividades médicas relacionadas. Una copia tiene la misma validez del original

Firma _____ Fecha _____