

INFORMACION DEL PACIENTE

Account# _____

Para registrarse. Favor de presentar su prueba de Seguro, Medicare o Medicaid.
PAGO COMPLETO DEBE DE SER PRESENTADO AL TIEMPO DE LOS SERVICIOS.

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE _____
Direccion _____
Ciudad _____ Codigo _____
Telefono () _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Seguro Social _____ Sexo _____
Licencia _____ Estado _____
Estudiante _____
Marque Uno: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

SEGURO

Medicaid _____
Medicare _____
Blue Cross/Blue Shield _____
Otro: _____

EMPLEADOR DEL PACIENTE

Empleador _____
Direccion _____ Ciudad _____ Codigo _____
Telefono () _____
Profesion _____

Referido por: _____

ESPOSO, ESPOSA O GUARDIAN

NOMBRE _____
Direccion _____
Ciudad y Cdo. _____
Telefono () _____
Relacion _____
Empleador _____

PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE _____
Seguro Social _____
Direccion _____
Ciudad y Cdo. _____
Empleador _____
Direccion _____
Ciudad y Cdo. _____
Telefono () _____

EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____
Direccion _____
Ciudad y Cdo. _____
Telefono () _____

Yo certifico que la informacion presentada arriba es verdadera a lo mejor de mi entendimiento, tambien comprendo que soy financieramente responsable por todos los pagos que cubren, y que no cubren los Seguros. Reconosco que se me entrego el **Aviso sobre la vida privada**

Firma _____

Fecha _____

HISTORIA MEDICA

Circule Uno

- 1 Ha tenido algun accidente severo en los ojos?..... si no ?
- 2 Ha tenido cirugia en los ojos?..... si no ?
- 3 Padece usted de alergias?..... si no ?
- 4 Tiene enfermedades?..... si no ?

Circule lo aplicable:

- Diabetis
- Alta Presion
- Problemas de Tiroides
- Artritis
- Cancer

- 5 Toma algun medicamento?..... si no ?
- 6 Ha tenido alguien de su familia lo siguiente:
 - Cirugia en los ojos?..... si no ?
 - Ceguera?..... si no ?
 - Glaucoma?..... si no ?
 - Cataratas?..... si no ?
 - Problemas de la retina?..... si no ?
 - Diabetis?..... si no ?

ASIGNACION INCLUSIVA

FECHA: _____

Nota:Para poder mandar cobrar a su aeguranza(Medicare, Medicaid,o cualquier otra aseguranza) necesita firmar este permiso.

"Yo _____ pido el pago de beneficios autorizados por Medicare, o los beneficios de otras aseguranzas, se hagan de mi parte por vida al **DR. ALFREDO TEVINO JR** para los servicios que facilito este medico. Yo autorizo cualquier propietario de mi informacion medica a entregar al **HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION** y sus agentes, o cualquier otra compania de aseguranzas, cualquier informacion necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagables para servicios relacionados."

"Yo _____,paciente del **DR. ALFREDO TREVINO JR.** acepto resposabilidad para el pago de los servicios rendidos que no estan cubiertos bajo el Medicare, Medicaid, agencias del gobierno o asuguranzas privadas."

Escriba el nombre del paciente: _____

FIRMA del paciente,padre, o guardian legal: _____