



## BIENVENIDO A LA OPTICA CORONA

### INFORMACION DEL PACIENT

**POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE**

Mr. Mrs. Ms. Miss (Por favor marque uno)

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial Media \_\_\_\_\_

Direccion de correo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numeros de Telefono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino Femenino

Si el paciente es menor de 18 anos de edad:

Nombre de la Persona Responsable (padre, madre o guardian): \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE LA ASEGURANZA

Nombre y Fecha de Nacimiento de la Persona Asegurada: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social de la Persona Asegurada: \_\_\_\_\_

Empleador de la Persona Asegurada: \_\_\_\_\_ Numero de telefono del empleador: \_\_\_\_\_

Compania Aseguradora: \_\_\_\_\_ Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

### ASIGNACION DE ASEGURANZA Y PERMISO

Yo, el abajo firmante, certifico que yo o mi dependiente tenemos cobertura con la compania aseguradora que menciono anteriormente; doy permiso a la Optica Corona para que, en mi nombre, cobre la cantidad correspondiente por los servicios y materiales recibidos. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, ya sea que esten o no cubiertos por mi aseguranza. Por este medio autorizo a esta oficina para que proporcione toda la informacion necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma para todos los cobros dirigidos a la aseguranza.

Firma de la Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACION PARA MEDICARE

Solicito que el pago de beneficios autorizados por Medicare se haga a mi o en mi nombre a la Optica Corona por cualquier servicio recibido. Autorizo a quien tenga informacion sobre mi a que la proporcione a la Administracion Financiera del Cuidado de la Salud para determinar estos beneficios. Entiendo que la refraccion para obtener la prescripcion de mis anteojos es un servicio que no esta cubierto por Medicare y es mi responsabilidad pagar por el.

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

## HISTORIA DE SALUD OCULAR

Fecha de se ultimo examen: \_\_\_\_\_ Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Usa anteojos? Si No

Si contesto que si, todo el tiempo ocasionalmente para leer para manejar

Usa lente de contacto? Si No

Si contesto que si, descchables diarios toricos permeables al gas

Le han hecho cirugia en los ojos? Si No

Si contesto que si, cataratas otra (por favor describa) \_\_\_\_\_

En que ojo? Derecho Izquirdo Ambros

Por favor escriba el nombre de los medicamentos que toma en el presente: \_\_\_\_\_

Por favor escriba el nombre de las gotas para los ojos que usa en el presente: \_\_\_\_\_

Por favor escriba el nombre de sus alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

### AUTHORIZACION PARA PROPORCIONAR INFORMACION

El pasado 14 de abril entro en efecto la nueva Ley Federal HIPAA para proteger la informacion personal sobre su salud PHI. Si necesita autorizar a alguien mas para tener acceso a su informacion en nuestra oficina, por favor escriba el nombre de la persona y la relacion que tiene con usted. Por favor note que bajo esta nueva ley **no podemos** proporcionar su informacion a su esposo (a) o al padre o madre si el paciente tiene 18 o mas de edad, sin importar quien es responsable de pagar por los cargos.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion con usted: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion con usted: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion con usted: \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo a la Optica Corona a proporcionar mi PHI a los individuos enlistados anteriormente hasta que yo solicite por escrito la suspension de dicha autorizacion.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### GRACIAS

Los doctores y demas trabajadores de la Optica Corona queremos agradecerle por confiar en nosotros las necesidades de su vision.