

T, O (id #2607, dob: 01/01/2000)

T, O 01/01/00 #2607



* 914092w13871 A-FormLett

Favor de revisar y hacer correcciones a la información siguiente donde sea necesario.

Registro de Paciente

INFORMACIÓN DE PACIENTE -- FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE	Información de Garante (quien recibe extractos de cuenta)
---	---

Apellido: **T**
 Primer Nombre: **O**
 Segundo Nombre:
 Dirección:
 Ciudad: **SAN ANTONIO** Estado: **TX**
 Código Postal: **78213**
 Teléfono de Casa: **(210) 348-8788**
 Teléfono de Trabajo:
 ** Teléfono Móvil:
 Sexo: **F**
 Fecha de Nacimiento: **01/01/2000**
 Número de Seguro Social:
 ** Email de Paciente:
 Requisito gubernamental [puede rechazar entregar esta información]:
 ** Idioma: **Patient Declined**
 ** Raza: **Patient Declined**
 ** Etnicidad: **Patient Declined**
 ** Estado Civil:

Nombre: **O T**
 Dirección:
SAN ANTONIO, TX 78213
 Relación al paciente: _____
 Fecha de Nacimiento: **01/01/2000**
 Número de Seguro Social:
 Teléfono: () _____ - _____

Información de Contacto de Emergencia

Nombre:
 Relación al Paciente:
 Teléfono:
 Teléfono Móvil: () _____ - _____

Información de Trabajo

Nombre de Empresa:
 Dirección:
 Teléfono:

Otra Información

Referido por:
 Médico de Atención Primaria:
 Preferencia de Ser Contactado: Teléfono de Casa / Teléfono de Trabajo / Teléfono Móvil / Portal / Email

Información de Farmacia:

Nombre:
 Intersección (de calles):
 Teléfono:

Información de Seguro Médico Primario

Nombre del Plan de Seguro: ***SELF PAY***
 Apellido de Asegurado:
 Primer Nombre de Asegurado:
 Segundo Nombre de Asegurado:
 Dirección:
 Ciudad: Estado: Código Postal:
 Fecha de Nacimiento: Sexo (escoga uno): **M or F**
 Nombre de Empresa:
 Relación de Paciente al Asegurado:

Información de Seguro Médico Secundario

Nombre del Plan de Seguro:
 Apellido de Asegurado:
 Primer Nombre de Asegurado:
 Segundo Nombre de Asegurado:
 Dirección:
 Ciudad: Estado: Código Postal:
 Fecha de Nacimiento: Sexo (escoga uno): **M or F**
 Nombre de Empresa:
 Relación de Paciente al Asegurado:

Afirmo que la información anterior es completa y correcta.

Firma _____ Fecha: _____

T, O (id #2607, dob: 01/01/2000)

T, O 01/01/00 #2607



* 914092w13871 A-FormLett
T, O 01/01/00 #2607



* 914092w13871 A-FormLett

****Favor de firmar y fechar cada declaración siguiente****

Reconocimiento y Autorización:

- He leído y entiendo la Póliza de Privacidad/HIPAA de CASTLE HILL EYE SPECIALISTS PA

Firma _____ Fecha: _____

- Por la presente asigno que mis beneficios de seguro se paguen directamente al proveedor de atención médica.

Firma _____ Fecha: _____

- Autorizo que CASTLE HILL EYE SPECIALISTS PA comparta la información médica requerida para procesar mi reclamación.

Firma _____ Fecha: _____

- He leído y entiendo la Póliza Financiera de CASTLE HILL EYE SPECIALISTS PA.

Firma _____ Fecha: _____

- Autorizo que CASTLE HILL EYE SPECIALISTS PA obtenga/tenga acceso a mi historial de medicina.

Firma _____ Fecha: _____

- Autorizo que la oficina del médico me contacte por teléfono móvil.

Firma _____ Fecha: _____