



1031 W. Chapman Ave #204, Orange CA 92868
 2200 E. Fruit St. Suite 101, Santa Ana CA 92701

714-997-7000

Información Personal

Nombre del Paciente: _____
Apellido *Primer Nombre* *Segundo Nombre*

Domicilio: _____
Dirección *Apartamento*

_____ *Ciudad* *Estado* *Codigo Postal*

Numero De Telefono: () _____ Teléfono celular: () _____

Numero de Licencia de Conducir: _____ Dirección de correo electronico: _____

Número de Seguro Social o de Gobierno ID: _____
 Fecha De Nacimiento: _____ Estado civil: _____

Occupacion: _____ Empleador: _____
 Nombre de Doctor Primario _____ Teléfono: _____

¿Tiene usted un optometrista? **S / N** En caso afirmativo, por favor escriba su nombre: _____

Información de Aseguranza

(Por favor, complete información de seguro y entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista frente)

Nombre del Asegurado Principal y Fecha de Nacimiento: _____

Aseguradora: _____

En Caso de Emergencia

Nombre completo: _____
Apellido *Primer Nombre* *Segundo Nombre*

Domicilio: _____
Street Address *Apartamento*

_____ *Ciudad* *Estado* *Codigo Postal*

Numero De Telefono: () _____ Teléfono alternativo: () _____

Relación: _____



Datos Demográficos Del Paciente

Estamos obligados por ley federal a solicitar la siguiente información:

1. **¿Cuál es su género?**

Hombre Mujer

2. **¿Cuál es su fecha de nacimiento?** _____
(mes / día / año)

3. **¿Cuál es su raza?**

Indio Americano / Alaska indio Negarse a Informe / no declarada
 Asiático Caucásico
 Afro-Americano Otro, Por favor especificar: _____
 Hispano Me niego a contestar.
 Nativo de Hawaii / Islas del Pacífico

4. **¿Cuál es su origen étnico?**

Hispano/Latino No-Hispano/No-Latino Me niego a contestar.

5. **¿Cuál es su idioma preferido?**

Inglés
 Español
 Otro, Por favor especificar: _____

6. **¿Es usted diabético (han sido diagnosticados con Diabetes Mellitus)?**

Si No No estoy seguro, posiblemente

7. **¿Fuma usted?**

Fuma todos los días
 Nunca ha fumado
 Actual algún día Fumador
 Ex fumador

Historia Clínica del Paciente



1. ¿Cuál es la razón principal de su visita de hoy? (CC)

2. Alergias a Medicamentos

Por favor escriba los medicamentos y su reaccion:

3. Historia Ocular

Por favor escribe cualquier problema del ojo que haya tenido:

4. Historia Quirurgica Ocular

Por favor indique si ha tenido cirugía ocular:

5. Historia de la Medicina

Por favor, anote todos los medicamentos que esté tomando, incluyendo gotas por los ojos, y suplementos de hierbas.

6. Historial Médico

Por favor escriba cualquier problema médico que tenga o haya tenido.

7. Historia quirúrgica

Por favor, escriba cualquier cirugía, de cualquier tipo, que usted ha tenido. Por favor, indique el año de la cirugía.

8. Historia Familiar

Por favor, indique si usted tiene algún antecedente familiar.

9. Situaciones Especiales

¿Está embarazada?	No	Sí
¿Está usted posiblemente embarazada?	No	Sí
¿Está dando el pecho?	No	Sí

POLIZA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por recibir servicio de la oficina de MD EyeCare, solicita usted que el pago de beneficios autorizados de seguros médicos se hagan en su nombre al MD EyeCare para los servicios proporcionados a usted por cualquier proveedor asociado con MD EyeCare. Autoriza usted a cualquier poseedor de información médica sobre usted para liberar a la administración de seguro médico adecuado y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Por recibir servicio de la oficina de MD EyeCare, esta de acuerdo usted que el pago sea hecho y autoriza la divulgación de información médica necesaria para pagar el reclamo. Si otro seguro de salud se indica en el punto 9 del formulario HCFA 1500 o en otra parte de los formularios de solicitud de otro modo, autoriza usted la liberación de la información a la compañía de seguros o agencia de muestra.

Si es así determinado por un contrato escrito entre MD EyeCare y su compañía de seguros médicos, a continuación, MD EyeCare acepta la determinación de la carga de la compañía de seguros como la carga completa, y yo soy responsable sólo por el deducible, coaseguro, y los servicios no cubiertos. Coaseguro y deducible se basan en la determinación de la carga de la compañía de seguros médicos. Si no existe ningún contrato entre el MD EyeCare y su seguro, entonces esta usted acepta la plena responsabilidad de la diferencia entre el reembolso del seguro recibido por MD EyeCare y los cargos por los servicios prestados.

Si declaro que tengo seguro médico, acepto la responsabilidad de todos los cargos por los servicios prestados a mí por MD EyeCare en el caso de que se determinó que no era elegible o está autorizado para recibir tales servicios en el momento del servicio.

Si proporcionan información de seguro que es incorrecta o no válida, acepto la responsabilidad por el pago de los servicios. Entiendo que en el momento del servicio, yo soy responsable por el pago total de los copagos, fuera de la red de los costos de visita, antes de saldos pendientes, deducibles y coaseguros.

Si no paga el saldo adeudado en su totalidad en el momento del servicio, estoy de acuerdo en que una tarifa de conveniencia de \$ 25 será agregado a mi saldo a pagar. La cuota de conveniencia se puede renunciar a la discreción de MD EyeCare.

Si no cumpla con mis obligaciones financieras con MD EyeCare, se me enviará las facturas por escrito detallando mis obligaciones. A discreción del MD EyeCare, mi cuenta puede ser referido a una agencia de cobro por no limpiar un saldo pendiente. **Si se me refiere a las colecciones, un \$ 95 colecciones / tarifa de facturación será añadido a mi saldo a pagar, junto con los gastos (incluyendo honorarios de abogados, costos de tribunales, y los honorarios de presentación) necesarias para obligar al pago de la cantidad adeudada.**

MD EyeCare acepta efectivo y tarjetas de crédito. Se aceptan cheques personales de los pacientes establecidos, y nunca se aceptó para los nuevos pacientes. **Si un cheque personal es devuelto por el banco por cualquier razón, voy a ser responsable de un cargo por cheque devuelto de \$ 45,** que incluye el banco está cargo por cheque devuelto y los gastos de las oficinas administrativas en el manejo de un cheque devuelto. Una copia de esta política está disponible para mí en mi solicitud.

Firma del Paciente: _____

Date: _____

