

Eye Physicians of Long Beach, A MEDICAL GROUP, INC.

Información del paciente

Fecha _____

Nombre del paciente _____ Esposo(a) _____

Si es menor de edad, nombre de la persona responsable _____

Dirección _____ Número de celular _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono _____ Licencia de conducir _____

Edad _____ Estado civil _____ Correo Electrónico (EMAIL) _____

Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo(F/M) _____

Empleador _____ Ocupación _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Quien lo refirió a nuestra oficina? _____

Seguro Primario

Nombre del seguro _____ Número de póliza/grupo _____

Dirección de la aseguranza _____

Nombre de la persona asegurada _____

Dirección de la persona asegurada _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Relación del paciente con la persona asegurada: _____

Por Favor complete la siguiente información si usted no es la persona asegurada

Empleador de la persona asegurada _____ Ocupación _____

Dirección _____ Número de Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Seguro Secundario

Nombre de seguro _____ Número de póliza/grupo _____

Dirección del seguro _____

Nombre de la persona asegurada _____

Dirección de la persona asegurada _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de seguro social _____

Relación del paciente con la persona asegurada: _____

Por favor completar la siguiente información si usted no es la persona asegurada.

Empleador de la persona asegurada _____

Dirección _____ Número de Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Eye Physicians of Long Beach, A MEDICAL GROUP, INC.

Consentimiento del Paciente para uso y distribución de información sobre su salud

1. Con mi consentimiento, Eye Physicians of Long Beach, a Medical Group Inc. puede usar y distribuir información privada sobre mi salud (PHI) para obtener pago por el tratamiento y operaciones para el cuidado de la salud (TPO). Por favor consulte el manual de información de prácticas de privacidad del Eye Physicians of Long Beach para un descripción completa sobre los usos y distribución.
 - a. Yo tengo el derecho de revisar la información sobre las prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento.
 - b. Eye Physicians of Long Beach, a Medical Group, Inc. reserva los derechos de cambiar la información de prácticas de privacidad en cualquier momento. Una notificación de prácticas de privacidad puede ser obtenida pidiéndola por escrito al 3325 Palo Verde Ave. Suite 103 Long Beach CA 90808-4132.
2. Con mi consentimiento, Eye Physicians of Long Beach, Medical Group Inc. puede llamar a mi casa u otras locaciones designadas y dejar mensajes en la contestadora o en persona en referencia a cualquier práctica que conlleva el TPO tales como recordatorios de cita, referente a la seguridad o cualquier llamada o fax sobre mi cuidado médico. Incluyendo resultados de laboratorio, recetas médicas, recetas para anteojos y lentes de contacto, el hacer lentes para marcos o cualquier otro detalle para obtener el mejor servicio posible.
3. Con mi consentimiento Eye Physicians of Long Beach, a Medical Group Inc. puede mandar a mi casa por correo, fax u otras locaciones designadas cualquier cosa que pueda asistir a la práctica TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas, declaraciones del paciente, recetas para medicamentos, recetas para anteojos y lentes de contacto.

Yo tengo el derecho de pedir que Eye Physicians of Long Beach, a Medical Group Inc. limite como usa o revela mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, esta oficina no está obligada a estar de acuerdo con las limitaciones pedidas; pero si lo hace, está obligado a este contrato. Yo consiento el uso de mi información de salud privada de la manera indicada en las descripciones numero uno a tres. Este consentimiento permanecerá efectivo sin necesidad de otro consentimiento al menos que lo pida por escrito.

Firma

Fecha

Responsabilidad Financiera

Yo entiendo y estoy de acuerdo de que tengo que notificar a Eye Physicians of Long Beach a Medical Inc. De cualquier cambio(s) en me seguridad y yo me hago responsable por cualquier costo que ocurra en caso dar notificación. Muchas seguranzas incluyendo Medicare, no pagan por la refracción. Si una refracción (la parte del examen para determinar la graduación de los anteojos) es echa yo entiendo que soy responsable por el costo. Yo autorizo pago de beneficios hacia Eye Physicians of Long Beach a Medical Group Inc. por servicios otorgados. Entiendo y estoy de acuerdo que cualquier cantidad pagada sobre este trabajo deber acreditado a mi cuenta y en el evento que la suma sea insuficiente para liquidar tal cuenta entonces yo personalmente seré responsable por la cantidad no pagada y el balance de la cuenta. En caso de no pagar también seré responsable por costos de colección y una tasa razonable de interés y/o cargos razonables de los abogados.

Firma _____

Fecha _____