



REGISTRO DE PACIENTES

Informacion De Paciente

Fecha De Hoy _____ Nombre Del Paciente _____

Seguro Social _____ Fecha De Nacimiento _____ Edad _____ Genero: Masculino / Femenino

Direccion _____

Cd _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Doctor De Cabecera _____

Estado Civil : (Por favor marque uno)

Menor Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Etnia: Hispano(a) or Latino(a) Not Hispano or Latino
(Por favor marque uno)

Raza: Indio Americano o Nativo De Alaska
(Por favor marque uno)

Asiático

Afroamericano

Nativo De Hawái o otra Isla del Pacifico

Americano

N° De Casa _____

N° De Trabajo _____

N° De Celular _____

Correo Electronico _____

Contacto De Emergencia _____

Relación _____

N° De Teléfono _____

Estado De Empleo (Por favor marque uno) Empleado Desempleado Retirado Estudiante De Colegio

Si Estudiante De Colegio: TC / TP, Nombre De Escuela _____ Cd _____ Edo _____

Empleador Asegurado _____ Ocupación _____

Dir. Del Trabajo _____ Cd _____ Edo _____ Zip code _____ N° De trabajo _____

N. De Esposo(a) _____ Empleo De Esposo(a) _____ N° De Trabajo _____

¿A quien le podemos dar las gracias por referir lo? _____

Persona Responsable

Persona Responsable Para Esta Cuenta _____ Relación Al Paciente _____

N° De Licencia De Conductor _____ Seguro Social _____ Fecha De Nacimiento _____

Dirección _____ Cd _____ Edo _____ Codigo Postal _____

N° De Casa _____ N° De Celular/Trabajo _____ Correo Electronico _____

Aseguranza

ACEPTAMOS BENEFICIOS DE SEGURO

Aseguranza Primaria _____	Aseguranza Secundaria _____
Nombre De Suscriptor _____	Nombre De Suscriptor _____
N° De ID _____	N° De ID _____
N° De Grupo _____	N° De Grupo _____
Fecha De Nacimiento De Suscriptor _____	Fecha De Nacimiento De Suscriptor _____



RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Nombre Del Paciente (Por Favor De Imprimir)

Padre/Guardián (Por Favor De Imprimir)

Yo entiendo que mi oftalmólogo usará y divulgará información de salud sobre mí. Yo entiendo que la información sobre mi salud puede incluir información ambas creadas y recibidas por la clínica, puede ser por escrito o records por electrónico o dialogado, y puede incluir información sobre mi salud, historial, estatus de salud, síntomas, exámenes, resultados de exámenes, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, prescripciones, y tipos similares de información relacionada con la salud.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que los médicos independientes y cirujanos localizados en Medical Center Eye Clinic pueden usar y revelar información sobre mi salud con el fin de;

- Tomar decisiones sobre y planear para mi cuidado y tratamiento;
- Referir para, consultar con, coordinar entre, y administrar junto con otra atención medica para mi atención y tratamiento;
- Determinar mi elegibilidad para un plan de salud o cobertura de seguro, reclamos y otra información relacionada a las compañía de seguros y otros que puedan ser responsables de pagar parte a la totalidad de mi atención medica; y
- Realizar varias funciones de oficina, administrativas y comerciales que respaldan los esfuerzos de mi médico para brindarme, organizar y recibir un reembolso por atención medica costo efectivo para los cuidados médicos.

Yo al igual entiendo que también tengo el derecho de recibir y revisar una descripción escrita de cómo mi oftalmólogo maneja la información de salud sobre mí. Esta decisión escrita es conocida como Aviso De Practica De Privacidad y describe los usos y divulgaciones de información de salud que hacen y las practicas de información seguida por empleados y médicos y cirujanos independientes, y mis derechos con respecto a mi información de salud.

Yo entiendo que el Aviso De Practica De Privacidad puede ser revisado de vez en cuando y tengo derecho a recibir una copia de cualquier revisión del Aviso De Practica De Privacidad. También entiendo que una copia de un resumen de la versión más actual de Medical Center Eye Clinic's Aviso De Practica De Privacidad en efecto se publicara en el área de recepción y estará disponible en el estilo web en mceyeclinik.com. Entiendo que tengo derecho a solicitar parte o la totalidad de información de salud que no se use o divulgue de la manera descrita en el Aviso De Practica De Privacidad. Entiendo que los médicos ubicados en Medical Center Eye Clinic no están obligados por ley a aceptar tales solicitudes. Al firmar a continuación, acepto que he revisado y entendido la información anterior y que he recibido una copia del Aviso De Practica De Privacidad.

AL FIRMAR A CONTINUACION, ACEPTO QUE HE REVISADO Y ENTIENDO LA INFORMACION ANTERIOR Y QUE HE RECIBIDO UNA COPIA DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD.

Fecha _____

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTATE LEGAL