

EYE PHYSICIANS OF CENTRAL FLORIDA

Una Division de Florida Pediatric Associates, LLC
Los líderes en el cuidado de los ojos Pediátrica y de Adultos

REGISTRACION DE PACIENTE

FECHA: _____

#DE CUENTA: _____

Nombre Legal del Paciente: _____ Sexo: ___F___M Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Apellido Primer Nombre

Seguro Social #: _____ Licencia o Targeta de Identificacion # _____

Direccion del hogar : _____

Calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Telefono del hogar: _____ Telefono del trabajo: _____

Telefono Celular: _____ Direccion del Correo Electronico: _____

(Si paciente es menor) Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____

Empleador: _____ Direccion de empleo: _____

INFORMACION DE ESPOSO/ESPOSA O PADRE/GUARDIAN

Nombre: _____ Relacion: _____

Apellido

Primer Nombre

Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Direccion del hogar : _____

Calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Telefono del hogar: _____ Telefono del trabajo: _____

DOCTOR PRIMARIO O MEDICO DE REFERIDO

Medico de Referido: _____ Telefono: _____

Doctor Primario: _____ Telefono: _____

SEGURO PRIMARIO

Seguro Primario: _____ Telefono: _____

Numero de Poliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre de Titular de Poliza: _____ Relacion: _____

Seguro Social del Titular #: _____ Fecha de Nacimiento de Titular.: ____/____/____

Empleador de Titular: _____

SEGURO SECUNDARIO

Seguro Secundario: _____ Telefono: _____

Numero de Poliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre de Titular de Poliza: _____ Relacion: _____

Seguro Social del Titular #: _____ Fecha de Nacimiento de Titular.: ____/____/____

INFORMACION DE EMERGENCIA

En caso de emergencia por favor enliste una amistad or familiar (que no viva con usted) para comunicarse

Nombre: _____ Relacion: _____
Apellido Primer Nombre

Direccion de hogar: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono del hogar: _____ Telefono Alternativo: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo autorizo a **Eye Physicians of Central Florida** para divulgar informacion medica necesaria para seguro proceso de declaraciones de propiedades saludables

_____ INICIALES

CESIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO DE SALUD

Yo autorizo pago de beneficios medicos applicable a los servicios en la declaracion a **Eye Physicians of Central Florida**

_____ INICIALES

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Este consentimiento es valido durante el termino de mi asociacion con **Eye Physicians of Central Florida** y pueden ser invocados por **Eye Physicians of Central Florida** a menos y hasta que, revocada por el paciente o alguien actuando en parte del paciente, en escrito. Conocimiento que yo estoy sufriendo de una condicion que requiere tratamiento medico. Por la presente voluntariamente consentimiento a tales procedimientos de diagnóstico que sea necesario en el juicio del medico(s) a cargo. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y yo reconozco que no hay garantías para mí en los resultados del examen o el tratamiento en el hospital o la oficina. Si una biopsia es necesaria yo autorizo **Eye Physicians of Central Florida** que mande la muestra de biopsia a un laboratorio para un informe patologico.

_____ INICIALES

GARANTIA DE LA CUENTA

Por la presente autorizo **Eye Physicians of Central Florida** para propocionar dicha informacion que sea pueden ser requeridos por las agencias estatales o federales o mi compania de seguro y por y en consideración de los servicios prestados a paciente, nosotros, el abajo firmante, conjunta o separadamente prometimos a **Eye Physicians of Central Florida** la cantidad total de cargos por los servicios, en la demanda, o por fecha futuro, como determinado por **Eye Physicians of Central Florida**. Entiendo que mi factura será exigible y pagadero íntegramente en o antes de esta fecha. En caso de incumplimiento, estoy de acuerdo en pagar un honorario del abogado y costos razonables

_____ INICIALES

REFRACIONES

Refracciones no son un beneficio cubierto en la mayoría de los planes de seguro medico. **El costo de refracción es \$ 70 y se pagara al momento de servicio.** Una refraccion es para determinar si usted o su hijo tiene myopia, hipemetropia, astigmatismo o si los espejuelos son necesarios or necesesitan ser cambiados. Esto es una parte importante de su examen de la vista especialment en niños de todas edades, de infancia a juveniles.

_____ INICIALES

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta autorizacion es firmada por representante personal del individuo por favor complete lo siguiente

Nombre del Representante Personal: _____ Relacion: _____