



PATIENT INFORMATION

DATE (FECHA) _____ ACCOUNT # _____

NAME (NOMBRE): _____ SEX (SEXO) _____

MARITAL STATUS (ESTADO CIVIL) _____ DATE OF BIRTH (FECHA DE NACIMIENTO) _____ AGE (EDAD) _____

SOCIAL SECURITY NUMBER (NUMERO DE SEGURO SOCIAL) _____

PHONE (TELEFONO) HOME (CASA) _____ WORK (TRABAJO) _____ CELL (CELULAR) _____

ADDRESS (DIRECCION) _____

CITY (CIUDAD) _____ STATE (ESTADO) _____ ZIP CODE (CODIGO POSTAL) _____

PERSON RESPONSIBLE FOR BILL _____
(PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA)

OCCUPATION (OCUPACION) _____ WORK PHONE (TELEFONO DEL TRABAJO) _____

EMPLOYER (EMPLEADOR) _____

ADDRESS (DIRECCION) _____

E-MAIL ADDRESS (DIRECCION ELECTRONICA) _____

PATIENT'S SPOUSE OR PARENT (IF MINOR) _____
(ESPOSO (A) PADRES (SI ES MENOR))

REFERRED BY (REFERIDO POR) _____ PHONE (TELEFONO) _____

FAMILY PHYSICIAN (MEDICO FAMILIAR) _____ PHONE (TELEFONO) _____

INSURANCE CARRIER NAME (NOMBRE DEL SEGURO) _____

NAME AND SOCIAL SECURITY NUMBER OF THE SUBSCRIBER _____
(NOMBRE Y NUMERO DE SEGURO DEL ASEGURADO)

ALLERGIES (ALERGIAS) _____

PHARMACY NAME _____ ADDRESS _____ PHONE _____
(NOMBRE DE LA FARMACIA) (DIRECCION) (TELEFONO)

EMERGENCY CONTACT: NAME _____ PHONE _____ RELATIONSHIP _____

MAY WE LEAVE A MESSAGE IN YOUR VOICEMAIL OR ON YOUR ANSWERING MACHINE? N/A _____ YES _____ NO _____
(PODEMOS DEJARLE UN MENSAJE EN SU MAQUINA TELEFONICA O CORRERO ELECTRONICO)

MAY WE CONTACT YOU AT WORK? N/A _____ YES _____ NO _____
(PODEMOS LLAMARLE AL TRABAJO?)

MAY WE DISCUSS MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU WITH YOUR SPOUSE OR FAMILY MEMEBER? N/A _____ YES _____ NO _____
(NOS AUTORIZA A DISCUTIR INFORMACION MEDIA CON SU ESPOSO/ A - O ALGUN FAMILIAR?)

I authorize the release of medical information necessary to process any of my insurance claims and I authorize payment of medical benefits directly to the Center For Excellence in Eye Care for services rendered. I understand and agree that (regardless of my insurance status) I am ultimately responsible for the balance of my account for any professional services rendered as well as any additional collection agency fees should their assistance become necessary. The undersigned agrees, whether he/she signs as a parent, spouse, guardian, or the patient that in consideration of the services to be rendered to the patient, he/she hereby individually obligates himself/herself to pay the account. Should the account be referred to an attorney for collection, the undersigned shall pay reasonable attorney's fees and collection expenses.

(El (La) suscrito (a) autoriza que, toda la información médica necesaria para procesar cualquiera de mis reclamos a mi compañía de seguros sea puesta a disposición de ésta. Así mismo autorizo el pago de mis beneficios médicos directamente al Center For Excellence in Eye Care. Entiendo y acepto que, independiente de mi condición de asegurado (a), soy totalmente responsable de mi cuenta por los servicios profesionales recibidos en este centro. Si acaso esta cuenta fuese enviada a un servicio de cobranzas, todos los gastos que se originen de este recurso legal son también de mi responsabilidad. El/la suscrito/a consiente que al firmar como padre, esposo/a, fiador, guardian o paciente, asume la responsabilidad y obligación por cualquier balance pendiente que derive a causa de tratamiento médico a dicho paciente. En caso de que la cuenta fuese referida a un abogado, el/la suscrito/a pagara dichas cuentas legales y asumirá costos de colección.)

SIGNATURE (FIRMA) _____ NAME (NOMBRE) _____

PLEASE PRINT NAME (por favor use letra de molde)

TO OUR PATIENTS ABOUT YOUR INSURANCE

The health insurance policy that you have is a personal contract that you have with your insurance company. We are simply physicians, and we do our very best to provide excellent service in a caring environment. We deserve to be paid for this service regardless of whether your insurance covers this or not. We are not employed by your company, nor do we make policy decisions for your company. Many patients are confused by their insurance company's coverage of **vision care**. Many policies will only cover a "medical diagnosis". This means that if the doctor finds something medically wrong at the time of his examination, some or all of the cost of this examination may be covered by the insurance company, as long as your company considers it "medical". However, if the examination is **normal** or has a "**vision**" diagnosis such as myopia, amblyopia, hyperopia, astigmatism, headaches or asthenopia, your insurance will not pay for your examination. Since we have no way of knowing in advance what the doctor will find, we cannot tell you in advance whether your visit will be covered or not, and you may be responsible for the visit.

Some companies require that you have a referral from your **PRIMARY PHYSICIAN**, and it is your responsibility to obtain that referral. If you wish to be seen without a referral, you will be responsible for payment at the time of your visit.

It is the patient's responsibility to know and understand his/her own individual policy. We are involved with so many different companies that we cannot be interpreters of the policies for each patient. Thank you for your cooperations and patience.

I HAVE READ THE ABOVE AND FULLY UNDERSTAND

SIGNATURE _____ **DATE** _____

A NUESTROS PACIENTES CON RESPECTO A SU SEGURO MEDICO

La póliza de seguro que Ud. tiene es un contrato personal entre Ud. y su Compañía de seguros. Nosotros somos solamente médicos brindándoles nuestro mejor cuidado en un ambiente de respeto y de genuino interés por su bienestar. Merecemos que nuestros servicios sean remunerados independiente si están cubiertos o no por su póliza actual. No estamos empleados por su Compañía ni tomamos decisiones con respecto a su póliza dentro de la misma.

Muchos pacientes se confunden con la forma en que su compañía de seguros cubre el cuidado de su visión.

Muchas pólizas sólo admiten los gastos generados por una condición de enfermedad ocular, o sea un diagnóstico médico. Esto significa que si su doctor encuentra patología ocular durante su examen, parte o toda su cuenta será cubierta por su seguro, si su seguro determina que ésa fue la razón de su consulta. Sin embargo, si el examen demuestra que Ud. esta normal de la vista, o tiene un diagnóstico visual tal como miopia, ambliopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia, cefaleas, o astenopía su seguro no pagará por su examen oftalmológico.

Como no nos es posible predecir de antemano cual será el resultado del examen, tampoco podemos decirle de Algunas Compañías requieren que Ud. sea referido pro su Médico Primario, y es su deber traer consigo este referido al momento de su consulta. So Ud. desea ser atendido sin este requisito, Ud. será responsable de pagar al momento de su consulta.

Es la responsabilidad de cada paciente conocer y entender sus pólizas individuales. Nosotros trabajamos con un gran número de compañías asegurados, y no nos es posible actuar de intérpretes de las pólizas individuales de cada paciente.

Le agradecemos su cooperación y paciencia.

HE LEIDO LO ANTERIOR Y LO ENTIENDO COMPLETAMENTE

FIRMA _____ **FECHA** _____