

ARIZONA RETINA AND VITREOUS CONSULTANTS

Informacion Del Paciente

Nombre Del Paciente _____ Fecha ___/___/___

Seguro Social ___ - ___ - ___ Fecha De Nacimiento ___/___/___ Edad: ___

Estado Marital (porfavor circule): Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

Sexo (porfavor circule): Masculino Femenina

Etnicidad: ___ Hispano/Latino ___ Indio Americano/Nativo de Alaska
___ Asiatico ___ Afroamericano ___ Otro

Direccion: _____ Correo electronico: _____

Telefono: ___ - ___ - ___ Celular ___ - ___ - ___

Occupacion: _____ Telefono De Trabajo ___ - ___ - ___

Empleador/Direccion De Trabajo: _____

Contacto De Emergencia: _____ / _____ Phone # ___ - ___ - ___
(relacion)

Doctor Primario:

Doctor Primario De Los Ojos:

Telefono ___ - ___ - ___

Telefono ___ - ___ - ___

Quien Lo Refirio a Nuestra Oficina: _____

CONTINUA AL REVERSO

Historial Social

Consume Alcohol: Si No Frecuencia/Cantidad _____

Tobacco: _____ No Fumo _____ Fumo ocasionalmente
_____ Fumo Diario _____ Nunca he fumado

Informacion Sobre Su Farmacia

Nombre de Farmacia _____ Numero De Telefono _____
Direccion _____

Informacion De Aseguranza Primaria

Nombre De La Aseguranza _____ Fecha Efectiva ___/___/___

Numero De ID _____ Numero De Grupo _____

Nombre Del primario _____ Relacion Al Paciente _____

Numero De Seguro Social ___-___-___ Fecha De Nacimiento ___/___/___

Informacion De Aseguranza Secundaria

Nombre De La Aseguranza _____ Fecha Efectiva ___/___/___

Numero De ID _____ Numero De Grupo _____

Nombre Del Primario _____ Relacion Al Paciente _____

Numero De Seguro Social ___-___-___ Fecha De Nacimiento ___/___/___

Asigno cualquier dinero de la aseguranza al que este titulado para cubrir gastos medicos o cirugales. Entendio que cualquier sobrepago sera devuelto a mi cuando el bil este pagado completo. Entiendo que soy responsable por cualquier cargo que no cubra la aseguranza.

FIRMA _____ FECHA ___/___/___

ARIZONA RETINA & VITREOUS CONSULTANTS LLC
RESUMEN DE LA NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Comprendo que bajo la Transportabilidad del Seguro de enfermedad Y acto de Responsabilidad de 1996. (HIPAA), Yo tengo ciertos derechos a mi privacidad referriente ala proteccion de mi informacion de salud. Yo entiendo que esta informacion puede y sera usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento entre multiples proveedores de salud que esten envueltos en mi caso directemante y indirectamente.
- Para obtener pago pagadores terceros
- Conducir normales operaciones como evaluaciones de calidad y certificaciones de los doctores.

Yo he recibido y entiendo su resumen de la notificacion de practicas de privacidad que contiene una descripcion completa de los usos y divulgaciones de mi informacion de salud. Yo entiendo que Arizona Retina and Vitreous Consultants, LLC tiene el derecho de cambiar su resumen de notificacion de practicas de pravicidad de tiempo a tiempo y que puedo contactar a esta organizacion a cualquier tiempo para obtener un copia de su Noticia de privacidad.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja como mi informacion privada es usada o divulgada para seguir con tratamiento, pago o opraciones de salud. Tambien entiendo que usted no tiene que estar de acuerdo sobre mis restricciones, pero si esta de acuerdo esta obligado a soportar esas restricciones.

Nombre Del Paciente: _____

Firma Del Paciente: _____

Fecha: ___/___/___

Representante Del Paciente: _____ Relacion Al Paciente: _____

Firma Del Representante: _____

Fecha: ___/___/___

Usted puede darnos permiso para divulgar su informacion con un amigo o familiar.

Nombre: _____ Relacion: _____

Numero De Telefono: _____

ARIZONA RETINA AND VITREOUS CONSULTANTS LLC
POLIZA DE COBERTURA DE ASEGURANZA

Para acomodar a nuestros pacientes nos hemos inscrito en numeros planes de seguridad. Con su cooperacion y nuestra asistencia, usted deberia de recibir todos los beneficios a los que este intitulado. Cada plan tiene sus propias restricciones respeto a donde y la frecuencia de los servicios prestados.

Es su responsabilidad de entender las guias de de su plan y de informarnos de cualquier requisito special o de cualquier cambio asu seguridad. Si se requiere una referencia o autorizacion para la seguridad, es su responsabilidad de tenerlo antes de su cita o procedimientos. Sin la autorizacion o referencia, puede ser que no podamos proverle servicios medicos y mover su cita a otro dia.

Todos los reclamos deben ser mandados a su seguridad dentro de un periodo de tiempo determinado por su seguridad. Nosotros mandamos reclamos diario haciendo imperativo que nos informe de cualquier seguridad nueva o de cambios de cobertura previamente de recibir cualquier servicio. Cualquier tiempo que reciva una tarjeta nueva de seguridad, porfavor presentela a la recepcion para hacer los cambios necerarios. Si no somos informados sobre estos cambios de cobertura de seguridad en una manera oportuna su asugranza puede negar los reclamos. En este caso el pago por estos servicios serian su responsabilidad.

Entiendo que llo soy responsable por todos los cargos no cubiertos por mi seguridad.

En caso que esfuerzos de coleccion sean necerarios, usted sera responsable por cualquier gastos de coleccion incurridos y un cargo financiero de 1% por mes que sera aplicado a cual quier balance que no este pagado.

CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACION

Yo consiento a cualquier tratamiento medico que sea necesario para el paciente mencionado abajo. Yo autorizo la liberacion de informacion medica a mis doctores y a mi compania de seguridad con las siguientes execpciones, si alguna:_____.

Nombre Del Paciente:_____ Firma Del Paciente:_____

Nombre Del Partido Autorizado:_____ Firma:_____

Relacion Al Paciente:_____

Fecha:_____