

# Arizona Retina & Vitreous Consultants, LLC

## Informacion Del Paciente



Apellido:	Segundo Nombre :	Sexo: (por favor circule) Masculino      Femenina	Fecha De Nacimiento :
Primer Nombre:			Numero De Seguro Social:

Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
------------	---------	---------	----------------

Direccion Fisica : (Si Diferente):	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
------------------------------------	---------	---------	----------------

Telefono Primario:	Telefono Secundario:	Correo Electrónico:
Porfavor circule uno: Casa / Trabajo / Celular	Porfavor circule uno: Casa / Trabajo / Casa	

Idioma Preferido :	Origen Etnico: (porfavor seleccione uno) Hispano      No Hispano Preferido No Contestar	Estado Civil:
--------------------	---	---------------

Raza: (por favor seleccione uno )			
Indio Americano/Nativo de Alaska	Asiatico	Afroamericano	Blanco
Nativo De Alaska/Isleno del Pacifico	Otro	Rechaza Responder	

### Contacto De Emergencia

Nombre:	Relacion:
---------	-----------

Numero de Telefono:	Nosotros podriamos revelar informacion protegida? Si      No
---------------------	--

Farmacia Preferida:
---------------------

Proveedor que lo refirió a nuestra oficina:	Proveedor Primario:
Nombre: _____	Nombre: _____
Numero De Telefono: _____	Numero De Telefono: _____

**Informacion De Seguro Medico  
(Porfavor presente sus tarjetas de seguro)**

Seguro Primario:		Seguro Secundario:	
Nombre del Suscriptor:	Relacion:	Nombre del Suscriptor:	Relacion:
Numero de Poliza:	Numero de Grupo:	Numero de Poliza:	Numero de Grupo:
Fecha De Nacimiento:	Numero de Seguro Social:	Fecha De Nacimiento:	Numero de Seguro Social:

**Persona Responsable  
(si diferente al paciente)**

Apellido:	Primer Nombre:	Numero de Seguro Social:	Fecha De Nacimiento:
Direccion:	Numero de Telefono:	Correo Electrónico:	
Sexo:	Relación al Paciente:	Podemos Discutir Detalles de Su Cuenta con esta persona: SI                      NO	

Tine beneficios de Veterano: (circule uno)    SI    NO

Esta viviendo en este momento en un centro de cuidado? (circule uno)  
Si    No

Yo doy permiso a Arizona Retina & Vitreous Consultants para que mande recordatorios de citas, etc a la dirección en mi archivo (circule uno)    SI    NO

**Asignación de Beneficios**

Asigno cualquier dinero de el seguro medico al que este titulado para cubrir gastos medicos o cirugales. Entendí que cualquier sobre pago sera devuelto a mi cuando la facture este pagada por completo. Entiendo que soy responsable por cualquier cargo que no cubra el seguro medico.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ARIZONA RETINA & VITREOUS CONSULTANTS LLC**  
**RESUMEN DE LA NOTIFICACIÓN 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 referente a la protección de mi información de salud. Yo entiendo que esta información puede y sera usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento entre multiples proveedores de salud que esten envueltos en mi caso directamente y indirectamente. · Para obtener pago pagadores terceros
- Conducir normales operaciones como evaluaciones de calidad y certificaciones de los doctores. Ya he recibido y entiendo su resumen de la notificación del practicas de privacidad que contiene una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Yo entiendo que Arizona Retina & Vitreous Consultants, LLC tiene el derecho de cambiar su resumen de notificación de practicas de privacidad de tiempo a tiempo y que puedo contactar a esta organización a cualquier tiempo para obtener una copia de su Noticia de Privacidad.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja como mi información privada es usada o divulgada para seguir con tratamiento, pago o operaciones 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: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Representante:

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Usted puede darnos permiso para divulgar su información con un amigo o familiar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

# ARIZONA RETINA AND VITREOUS CONSULTANTS LLC

## POLIZA DE COBERTURA DE SEGURO MEDICO

Para acomodar a nuestros pacientes nos hemos inscrito en numeros planes de seguro medico. Con su coperación 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 servios prestados.

Es su responsabilidad de entender las guias de su plan y de informarnos de cualquier requisito especial o de cualquier cambio a su seguro medico. Si se requiere una referencia o autorización para su seguro medico, es su responsabilidad de tenerlo antes de su cita o precedimientos. Sin la autorización or referencia, puede ser que no podamos proverle servicios medicos y tengamos que cambiar su cita a otro día.

Todos los reclamos deben ser mandados a su seguro medico dentro de un periodo de tiempo determinado por su aseguranza. Nosotros mandamos reclamos diario aciendo imperativo que nos informe de cualquier cambio a su seguro medico o seguros medicos adicionales previamente de recibir cualquier servicio. Cualquier tiempo que reciba una tarjeta nueva de seguro medico, por favor presentela a la recepcion para hacer los cambios necesarios. Si no somos informados sobre estos cambios de cobertura de seguro medico en una manera oportuna, su seguranza puede negar los reclamos. en este caso el pago por estos servicios seran su responsabilidad.

Entiendo que yo soy responsable por todos los cargos que mi seguro medico no cubra.

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

### CONSENTIMIENTO PARA EMITIR INFORMACIÓN

Yo consiento a cualquier tratamiento medico que sea necesario para el paciente mencionado abajo. Yo autorizo la liberación de información medica a mis doctores y a mi compania de seguranza con las siguientes excepciones, si hay alguna:

\_\_\_\_\_.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Partido Autorizado: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_