



Arizona Retina & Vitreous Consultants, LLC

Registro De Paciente Nuevo

Nombre: _____ **Fecha De Nacimiento:** ____/____/____ **Sexo:** M / F
(Primero) (Segundo) (Apellido)

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono Primario: (____) _____ - _____ **Teléfono Secundario:** (____) _____ - _____
(Celular / Casa/ Otro) (Celular / Casa/ Otro)

¿Como le gustaría recibir recordatorios de citas? Llamada por teléfono Texto Correo Electrónico

Correo Electrónico: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Idioma Preferido: _____ **Raza:** Indio Americano/Nativo de Alaska
 Afroamericano Asiático Isleño del Pacifico Blanco Otro Rechaza Responder

Origen Étnico: Hispano No Hispano Rechaza Responder

Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Relación: _____

Podemos divulgar su información de salud a esta persona: SI NO

Farmacia Preferida: _____ **Dirección:** _____

Doctor/a que lo refirió a nuestra oficina: _____

Doctor de cabecera/atención primaria: _____ **Teléfono:** _____

Persona Responsable De Beneficios (si diferente al paciente) Yo soy el paciente

Relación al paciente: _____

Nombre: _____ **Fecha De Nacimiento:** ____/____/____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Número De Teléfono: (____) _____ - _____

Podemos discutir los detalles de su cuenta con este individuo: SI NO

Información de Seguro Médico (por favor presente sus tarjetas de seguro)

Relación al suscriptor (si usted no es la persona titular la póliza): _____

Yo soy la persona titular de la póliza

Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Nombre de Seguro Primario: _____ ID #: _____ Grupo#: _____

Nombre de Seguro Secundario: _____ ID #: _____ Grupo#: _____

Doy mi consentimiento para el tratamiento necesario para el cuidado del paciente mencionado anteriormente. Por la presente autorizo la divulgación de información médica a mis médicos y a mis compañías de seguro.

Firma

Fecha

Cesión de Beneficios

Asigno todos los beneficios médicos/quirúrgicos a Arizona Retina & Vitreous Consultants y comprendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague o no los pague el seguro. Autorizo a que se realice el pago al proveedor. En caso de que el pago se realice al titular de la póliza, acepto enviar el pago en su totalidad a esta oficina de inmediato. Si la cuenta no se paga en su totalidad y no se han hecho arreglos previos, su(s) cuenta(s) puede(n) ser remitida(s) a una agencia de cobranza. Si su cuenta se remite a una agencia, usted será responsable de todos los honorarios de abogados y/o cobranza.

Firma

Fecha

Aviso de Reconocimiento de Practicas de Privacidad

Por la presente, autorizo al médico a divulgar u obtener toda la información necesaria para garantizar los pagos de beneficios, con fines de tratamiento, o a otro proveedor de atención médica o destino a mi discreción. Puedo revocar autorización en cualquier momento por escrito, con la excepción de divulgaciones de seguros con fines de facturación. Doy mi consentimiento para comunicarme por medios electrónicos para asuntos de rutina. Además, acepto que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como el original. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que HIPPA y las políticas de privacidad están disponibles en la oficina a pedido.

Firma

Fecha

Código de Conducta

Aquí en Arizona Retina & Vitreous Consultants, nos reservamos el derecho de dar alta o rechazar a cualquier paciente que sea irrespetuoso con otros pacientes, empleados y médicos. He leído y comprendo la información de este formulario.

Firma

Fecha