

FECHA: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

**REGISTRO DEL PACIENTE**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_  M  F  
 Dirección local \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
 Dirección electrónica \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado Civil  S  C  D  V  
 Teléfono Principal # \_\_\_\_\_  Casa  Cel Otro teléfono # \_\_\_\_\_  
 Comunicación preferida  Ing  Esp  Otro \_\_\_\_\_ Residente durante todo el año?  S  N  
 Dirección de el Norte \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (con excepción de alguien en la misma dirección): Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono Principal # \_\_\_\_\_  Casa  Cel

**INFORMACIÓN DEL SEGURO** (Escanaremos el frente y la parte posterior de sus tarjetas de seguro)

Si está trabajando, Empleado por: \_\_\_\_\_

Jubilado - Si está jubilado, ¿es Medicare su seguro principal?  S  N

**PARTE RESPONSABLE** (Si el paciente es responsable de si mismo, marque aquí )

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono Principal # \_\_\_\_\_  Casa  Cel

Seguro Médico Primario: \_\_\_\_\_

Seguro Médico Secundario: \_\_\_\_\_

Seguro de visión: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN REFERENCIAL** (¿A quién podemos agradecer por referirle a nuestra oficina?)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mi optometrista _____         | <input type="checkbox"/> Pagina electrónica de ECOF _____ | <input type="checkbox"/> Ft. Myers News Press       |
| <input type="checkbox"/> Mi médico de cabecera _____   | <input type="checkbox"/> Facebook                         | <input type="checkbox"/> Naples Daily News          |
| <input type="checkbox"/> Mi plan de seguro _____       | <input type="checkbox"/> Anuncio electrónico              | <input type="checkbox"/> Periódico Florida Weekly   |
| <input type="checkbox"/> Empleado de Eye Centers _____ | <input type="checkbox"/> Twitter                          | <input type="checkbox"/> Senior Blue Book           |
| <input type="checkbox"/> Familia/paciente/amigo _____  | <input type="checkbox"/> Letrero                          | <input type="checkbox"/> Revista Lifestyles Over 50 |
| <input type="checkbox"/> Descuento / Promoción _____   | <input type="checkbox"/> Hero Care Rewards                | <input type="checkbox"/> Radio                      |
| <input type="checkbox"/> Seminario _____               | <input type="checkbox"/> Tribu de Seminole                | <input type="checkbox"/> Televisión                 |
| <input type="checkbox"/> Feria de salud _____          | <input type="checkbox"/> Independiente                    | <input type="checkbox"/> Otro _____                 |

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para mi tratamiento y para procesar las reclamaciones, así como la autorización de pago directamente a Eye Centers of Florida y / ó Surgicare Center, Inc.

**Tenga en cuenta:** Esta autorización entrará en vigor inmediatamente.

Entiendo que soy responsable si mi seguro requiere una remisión y obtener tal remisión de mi médico primario. Soy financieramente responsable de todos los copagos, deducibles y cargos no cubiertos por el seguro. Así como cualquier otro artículo comprado (por ejemplo, gafas, contactos, artículos estéticos, medicamentos). La información sobre el paciente y el seguro que aparece en este documento es actual y precisa para los servicios actuales.

\_\_\_\_\_  
Paciente / Responsable Firma del partido

\_\_\_\_\_  
Fecha

Notificación de prácticas de privacidad y autorización para el acceso a información / registros de salud protegidos

<p><b>Insert Patient Label</b></p>
------------------------------------

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **MR#:** \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ IN \_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Eye Centers of Florida y / ó Surgicare Center, Inc. a divulgar mi Información Protegida de Salud (IPS) a los individuos señalados	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia <input type="checkbox"/> Representante personal	<b>Nombre:</b> _____
	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia <input type="checkbox"/> Representante personal	<b>Nombre:</b> _____
	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia <input type="checkbox"/> Representante personal	<b>Nombre:</b> _____

El firmante de abajo declara que ha leído y entendido la información aquí contenida y que acepta las condiciones de esta Autorización. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. **El negarme a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento; recibir pago; ó elegibilidad para beneficios.** Reconozco que estoy advertido de la póliza de privacidad en la práctica (HIPAA) para esta oficina medica y/ó centro de cirugía.

\_\_\_\_\_  
Paciente / Responsable Firma del partido

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante de ECOF

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AVISO DE CONFIDENCIALIDAD**

**INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD CONFIDENCIAL ADJUNTA**

Información Protegida de Salud es información personal y sensible relacionada con el cuidado de la salud de ún individuo. Se le está transmitiendo por facsímil después de la autorización apropiada del paciente ó bajo circunstancias que no requieren autorización del paciente. Usted como destinatario está obligado a mantener esta información de una manera segura, y confidencial. Se prohíbe la revelación de ésta información sin el consentimiento adicional del paciente ó como permitido por la ley. La revelación no autorizada ó el fracaso en mantener la confidencialidad podrían someterle a las penalidades descritas en la ley federal y estatal. Si usted recibió este mensaje por error, por favor notifique al remitente para arreglar la devolución ó destrucción de estos documentos.