



INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 (mes/día/año)

Apellido _____ Primer _____ Segundo (opcional) _____

Dirección: _____ Sexo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Seguridad Social: _____

Estado Civil: _____ Empleador: _____ ¿Vive en una residencia asistida?
 SÍ NO

Idioma preferido: _____ Etnicidad: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Médico de familia: _____ Ubicación: _____

Farmacia preferida: _____ Ubicación: _____

¿A quién le agradecemos por referirlo?: _____ Oficina: _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (Si el paciente es menor de 19 años, se debe indicar una parte responsable)

UNO MISMO _____
 OTRO Apellido _____ Primer _____ Segundo (opcional) _____

Relación con el paciente: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono del trabajo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS

UNO MISMO Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Último cuatro de seguridad social: _____ Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Compañía de seguros: _____ Identificación del seguro: _____

Seguro de visión (como VSP o EyeMed) : VSP EYEMED NINGUNO Numero de ID (si fue proporcionado) _____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN (proporcione cualquier persona con la que estemos autorizados a hablar sobre su atención de cuenta)

Nombre(1): _____	Nombre(2): _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
Relación con el paciente: _____	Relación con el paciente: _____

Al firmar este formulario, autorizo a Kearney Eye y Grand Island Eye Institute a divulgar mi información de salud para fines de tratamiento, pago, y operaciones de atención médica como se describe en su Aviso de Prácticas de Privacidad del Proveedor. Entiendo que el Aviso completo de las Prácticas de Privacidad del Proveedor está disponible a petición. Al firmar este formulario, también indico que la información anterior esta completa y correcta según mi saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informal al consultorio de mi medico si yo o mi hijo menor de edad tenemos un cambio de información.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Por favor escribe: Paciente / Tutor / Garante

Continuó al reverso R