



239•542•2020 | TysonEye.com

| | |
|------------------|----------------------|
| <u>PROVEEDOR</u> | <u>HORA DE CITA</u> |
| <u>UBICACIÓN</u> | <u>FECHA DE CITA</u> |

GRACIAS POR ELEGIR TYSON EYE

de seguro social: _____ Fecha: _____ # de Cuenta: _____

Nombre de paciente: _____ Nombre Preferido: _____

Dirección : _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Estado civil: _____ Sexo: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

| | | | |
|--------------------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|
| Esposa / Esposo: | Primer nombre: | Inicial del segundo nombre: | Apellido: |
| Dirección del norte: | | Ciudad: Estado: | Código Postal: |
| Teléfono de su residencia del norte: | | Correo electrónico: | |

Raza: indio Americano isleño asiático o del Pacífico negro caucásico Hispano Otro

MÉDICO DE REFERENCIA _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Empleador: _____ Número de teléfono del empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Ocupación: _____

| | | | |
|-------------------------|---------|-----------|-----------|
| Contacto de emergencia: | Nombre: | Relación: | Teléfono: |
|-------------------------|---------|-----------|-----------|

Nos gustaría saber cómo se enteró de nuestra oficina

Edificio Cartelera Mediante el Correo Seguro Internet TV Periódico
Médico Páginas amarillas Administración de veteranos De boca en boca

Enumere a todas las personas con quienes tenemos su permiso para hablar sobre su atención. Incluya su contacto de emergencia si se le otorga permiso.

| | |
|----|-----------|
| 1) | Relación: |
| 2) | Relación: |
| 3) | Relación: |

¿Está bien dejar mensajes sobre su salud ocular en el contestador automático de su casa? SÍ NO

Nombre de su farmacia y el dirección: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguros primaria: _____

Dirección: _____

Nombre del suscriptor / miembro: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Número de seguro social del suscriptor: _____

Número de póliza / ID: _____ Número de grupo: _____

Compañía de seguros secundaria: _____

Dirección: _____

Nombre del suscriptor / miembro: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Número de seguro social del suscriptor: _____

Número de póliza / ID: _____ Número de grupo: _____

Compañía de seguros de visión: _____

Dirección: _____

Nombre del suscriptor / miembro: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Número de seguro social del suscriptor: _____

Número de póliza / ID: _____ Número de grupo: _____

Complete SOLO si el paciente es un niño menor de 18 años:

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Nombre del Padre: | Nombre de la madre: |
| Empleador: | Empleador: |
| Teléfono del trabajo: | Teléfono del trabajo: |

Doy permiso para que Tyson Eye del Cape Coral Eye Center, PA, trate a mi hijo menor.

El nombre del niño: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo acerca de mí, a divulgar a la Administración del Seguro Social, la Administración de Financiación de la Atención Médica, sus intermediarios, los transportistas, cualquier compañía de seguros comerciales y el agente de facturación de Tyson Eye de Cape Coral Eye Center, PA. información necesaria para este u otros reclamos relacionados con Medicare y otros seguros. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar de una original y solicito el pago de los beneficios del seguro de Medicare para mí o para la parte que acepta la asignación. Todos los beneficios del seguro deben pagarse a Cape Coral Eye Center, PA. Además, acepto que seré responsable de los saldos y servicios no cubiertos que permanezcan sin pagar.

Toda la información proporcionada en este formulario es precisa y verdadera a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma si no es el beneficiario: _____ Fecha: _____

Motivo por el que el paciente no puede firmar: _____

Enumere todos los medicamentos recetados, hierbas, vitaminas y más medicamentos sin receta que está tomando actualmente:

| <u>Nombre de medicamento(s)</u> | <u>Dosis</u> | <u>Frecuencia</u> | <u>Ruta del administrador</u> <small>(por ejemplo, por vía oral, inyección, aerosol nasal, etc.)</small> | <u>Razón para tomar</u> <small>(por ejemplo, diabetes, presión arterial alta, reumatoide, etc.)</small> |
|---------------------------------|--------------|-------------------|---|--|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Sólo para uso de oficina:

| | | | |
|----------------------------|----------------|----------------------------|----------------|
| _____ Firma del técnico | _____ Fecha | _____ Firma del técnico | _____ Fecha |
| _____ Firma del técnico | _____ Fecha | _____ Firma del técnico | _____ Fecha |
| _____ Firma del técnico | _____ Fecha | _____ Firma del técnico | _____ Fecha |
| _____ Firma del técnico | _____ Fecha | _____ Firma del técnico | _____ Fecha |

Nombre del paciente: _____
Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____