EYE HEALTH PROFESSIONALS

Lanny F. DuClos, OD
Bernadette N, Lynch, OD

INFORMACIÓN DE PACIENTE			
Nombre: Primero/Segundo/Apellido(s)			Fecha de Nacimiento: (mes/día/año)
Dirección Postal (Calle, Ciudad, Estado, Código postal):			
Sexo: Masculino Femenino	Estado civil: S C V D	Número Seguro Social:	
Teléfono de la casa: ( )	Teléfono cellular: ( )	Dirección correo electronico:	
Estado de empleo/escuela: Tiempo completo/ Tiempo parcial		Nombre empleador/ocupación:	
Dirección empleador/Ciudad/Estado/Código postal:			Teléfono del trabajo: ( )
FAMILIAR MÁS CERCANO EN CASO DE EMERGENCIA: Nombre: Número de teléfono: ( )			
Cómo se enteró de nuestra oficina? (Por favor , marque una solamente): Periódico Amistad/pariente (nombre:) Compañia de seguro (nombre:) Internet Guía telefónica Otro doctor (nombre:)			
INFORMACIÓN DEL SEGURO			
Aseguradora/Compañia de Seguro Primaria:		Nombre Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Número de Póliza:		Número de Grupo:	Número Seguro Social:
Compañia de Seguro Secundario:		Nombre Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Número de Póliza:		Número de Grupo:	Número Seguro Social:
ASEGURADO(A) PERSONA RESPONSIBLE DEL PAGO: (por favor poner miembros de la familia bajo la misma persona)			
Nombre: Primero/Segundo/Apellido(s)		Número Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:
Dirección Postal (Calle, Ciudad, Estado, Código postal):			Teléfono de la casa: ( )
Ocupación:		Empleador:	Teléfono del trabajo: ( )
Es éste un Reclamo de Compensación Laboral? (por favor marque) Sí No			
Número de Reclamación:		Persona contacto:	Día de Lesión:

Entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre mi compañía de seguros y yo, y que Eye Health Professionals no es parte de ese contrato. Doy mi permiso para divulgar cualquier información sobre mí a todos los servicios externos y a CMS (formalmente HCFA) y sus agentes para determinar los beneficios pagaderos por los servicios y asignar todos los beneficios de seguro para que el tratamiento se pague directamente al proveedor mencionado anteriormente, y solicite que este acuerdo permanezca archivado con mi nueva compañía de seguros. **Tengo el derecho de revisar el "Aviso de prácticas de privacidad" antes de firmar este formulario.** Estoy de acuerdo con el uso y la divulgación de mi información de salud protegida utilizada para el tratamiento, el pago, y la operación de salud. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento que me parezca justificado. Acuerdo para Prórroga de Crédito y Política de Nombramiento de Citas: De acuerdo con la Ley Federal de Préstamos Truth-In que requiere que todos los médicos brinden a sus pacientes información relacionada con la extensión de crédito, tenga en cuenta las siguientes políticas que se aplican en esta oficina.

La parte responsable se compromete a:

1. Pagar al médico en el momento del servicio por los copagos, coaseguros y cualquier servicio no cubierto por mi seguro.
2. Pagar intereses a una tasa del 18% anual sobre todos los saldos durante 90 días desde la fecha de vencimiento original con un cargo mensual mínimo de $2.00, más los costos judiciales y los honorarios razonables de abogados, con o sin demanda, incurridos en la recaudación de cualquier saldo vencido, y una comisión de cobro de hasta el 40% del saldo pendiente.
3. Pague el saldo completo si mi compañía de seguros no cubre el saldo total de esta cuenta dentro de los 90 días a partir de la fecha del servicio.
4. Pague una tarifa de $25.00 "ausente" para citas perdidas si no notifico a la oficina dentro de las 24 horas de la cita.
5. Pague una tarifa de $20.00 en todos los cheques devueltos.

Las siguientes situaciones resultarán en que usted sea considerado responsable del pago, independientemente de su(s) contrato(s) de seguro:

1. Si proporciona información de seguro inexacta / incompleta.
2. Si su plan requiere una referencia o preautorización y no lo tiene asegurado.
3. Si su plan requiere que consulte a un médico "dentro de la red" y nuestro médico no está definido como tal con su(s) compañía(s) de seguros.

Firma: _____ Fecha: _____