

Registro de Paciente

Por favor, revisa, haz los cambios necesarios y proporciona cualquier información faltante.

Nombre del paciente:			SS #		
Fecha de nacimiento:			Edad:		Género:
Domicilio:					
Teléfono Principal:				Militar activo / veterano o cobertura de seguros a través de beneficios relacionados con el servicio militar:	☐ Sí ☐ No
Teléfono Alternativo:				Correo Electrónico	
Preferencia	☐ Celular	☐ Fijo	Idioma Principal		
¿Cómo te enteraste de nosotros?	☐ De boca a boca ☐ Aseguranza ☐ Facebook/Twitter ☐ Anuncios: ☐ Evento (mercado de agricultores, feria de salud, etc.) ☐ Otros:				
CUENTA RESPONSABLE / TOMADOR DE LA PÓLIZA					
Nombre:			Relación con el Paciente		
SS #			Fecha de nacimiento:		
Domicilio					
Teléfono Principal:			Teléfono Alternativo:		
Seguro Principal					
Nombre:			Miembro Principal		
Afiliado ID #			Grupo #		
Copago					
Seguro Secundario					
Nombre:			Miembro Principal		
Afiliado ID #			Grupo #		
Seguro Óptico					
Nombre:			Miembro Principal		
Afiliado ID #			Grupo #		
Contacto de Emergencia					
Nombre de contacto			Relación		Teléfono Principal:

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Entiendo que Yuba Sutter Eye Care facturara a mi aseguradora medica por los servicios cubiertos. Si Yuba Sutter Eye Care no esta contratado con mi plan de seguro, el pago sera debido en el momento del servicio, y se me proporcionará un informe detallado con el que podré facturar a mi compañía de seguros.

- Autorizo y solicito que los beneficios del seguro se paguen directamente a Yuba Sutter Eye Care en mi nombre por todos los servicios proporcionados a mí por cualquier médico empleado en Yuba Sutter Eye Care o sus afiliados.
- Soy consciente de que soy responsable del deducible, el coaseguro y cualquier servicio no cubierto. El coaseguro y los deducibles se basan en la determinación de cambio de mi aseguradora/s
- Si no tengo seguro, entiendo que el pago será exigible en el momento del servicio.
- Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague mi seguro o no.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorización de seguros, liberación de registros médicos, beneficios y asignaciones de seguros, responsabilidad del paciente y reconocimiento.

- Yuba Sutter Eye Care, los empleados de su personal médico (incluido su médico) y los servicios de contratistas independientes han acordado, según lo permitido por la ley, compartir su información de salud entre ellos con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Esto nos permite abordar mejor sus necesidades de atención médica. Esta información se le proporciona como un suplemento al Aviso de Prácticas de Privacidad que le fue entregado por Yuba Sutter Eye Care. Con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, autorizo la divulgación de todos los registros médicos y cualquier información de seguro entre Yuba Sutter Eye Care, sus afiliados, mi médico de familia, las compañías de seguros y la Administración de Financiación de Atención Médica para procesar reclamos por servicios relacionados.
- Por la presente autorizo al cesionario mencionado a liberar la información necesaria para asegurar el pago.
- Permito la transmisión por fax y la presentación electrónica de dicha información.
- Una copia escaneada y/o fotocopiada de esta tarea se considerará tan válida como un original.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: He leído y entiendo completamente el consentimiento anterior para la evaluación y tratamiento, responsabilidad financiera, liberación de información médica y autorización de seguros.

La base de datos de Pagos Abiertos es una herramienta federal utilizada para buscar los pagos realizados por empresas de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales de enseñanza. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

Firma del Paciente / Padre / Tutor / Conservador

Cita

Razón por la cual el paciente no puede firmar