



Por Favor de Escribir Claro

Nombre del Paciente _____
Primero Inicial Mediano Apellido

Hombre Mujer Casado(a) Soltero(a) Fecha de Nacimiento _____

Domicilio Particular _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Domicilio Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Tel. Particular _____ Tel. de Trabajo _____ Tel. de Celular _____ SSN _____

Empleador _____ Ocupación _____

Domicilio de Empleo _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Idioma Preferido _____ Domicilio de E-mail (correo electrónico) _____

Raza (Elija Uno):
Desconocido O Negarse a contestar
Indio Americano O Nativo de Alaska
Asiático
Negro O Afroamericano
Nativo Hawaiano O Otro Isleño Pacifico
Blanco

Y

Etnicidad (Elija Uno)
Desconocido O Negarse a contestar
Hispano O Latino
No Hispano Ni Latino

Partido Responsable _____ La Relación al Paciente _____

Empleador/Ocupación _____ Fecha de Nacimiento _____ Lic. de Conducir _____

Domicilio de Empleo _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Tel. Particular _____ Tel. de Trabajo _____ SS# _____ Lic. de Conducir _____

Contacto de Emergencia _____ La Relación al Paciente _____

Tel. de Emergencia _____ Tel. de Celular de Emergencia _____

Informacion de Aseguranza: Por favor de traer sus tarjetas de aseguranza como de medico, vision, farmacia y tambien su identificacion para la recepcionista.

Plan de drogas de prescripción _____

ASEGURANZA PRIMARIA

Persona primaria en la poliza _____ La Relación al Paciente _____

Empleador/Ocupación _____ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____

ASEGURANZA SECUNDARIA

Persona primaria en la poliza _____ La Relación al Paciente _____

Empleador/Ocupación _____ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____

Yo Autorizo el Pago Beneficios Medicos para el Doctor Asignado. **(INICIALES)** _____

Yo Autorizo Dar la Informacion Medica Necesaria Para Procesar Cualquier Reclamo. **(INICIALES)** _____

Reconosco que Yo Soy Financieramente Responsable de Todos Cargos. Todas las Cuotas se Pagan el dia Que se Presta el Servicio Medico Almenos que Haga Arreglos de Credito Con Anterioridad, o si su Poliza de Seguro lo Autoriza los Reclamos. **(INICIALES)** _____

FIRMA

FECHA

Kings Eye Center Medical Group, Inc.

1395 W. Lacey Blvd. Hanford, CA 93230
Phone 559.585.3937 Fax 559.582.3645

321 C Street Lemoore, CA 93245
Phone 559.924.2666 Fax 559.924.0266

**Por favor traiga su más reciente lentes o lentes de contactos
y una lista de sus medicinas, con usted a su cita.**

A NUESTRO PACIENTES:

La refracción es el proceso de determinación de los errores de refracción del ojo o la necesidad de lentes (gafas) y/o lentes de contacto. En la mayoría de los exámenes de los ojos, la refracción es esencial. Este servicio **NO** es un beneficio cubierto por Medicare o la mayoría de los otros planes de seguranças médico. Nuestra oficina cobra **\$45.00** para la refracción. Este cargo* se cobrará de nuestros pacientes **además** de el co-pago de su seguridad, a la hora de su cita.

RECONOCIMIENTO:

Yo he leído la información de arriba y entiendo que la refracción puede ser un servicio no cubierto por mi seguridad. Acepto toda la responsabilidad financiera por el costo de este servicio. El co-pago es independiente y no incluido en la refracción.

Firma del Paciente/Parte Responsable

Fecha

**Pago del cargo de la refracción y el co-pago será debido al momento del servicio.*

KINGS EYE CENTER EL ACUERDO DE CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PARA TRATAMIENTO, PAGOS Y/O LAS OPERACIONES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Entiendo que como parte de mi salud, Kings Eye Center se produce y mantiene expedientes describiendo mi historial médica, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento, fotos, datos personales y los planes para el cuidado futuro o tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:

- base para el cuidado y tratamiento de mis ojos
- una forma de comunicación entre profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- una forma de proporcionar mi diagnóstico médico y información de mi cirugía para fines de facturación
- una manera por cual un tercer pagador puede verificar que los servicios que fueron facturados se le han sido proporcionados.
- también como una forma de control de las operaciones de atención medica, como por ejemplo la evaluación de la calidad en la atención al paciente y la administración de los profesionales de la salud.

Yo entiendo y se me a ofrecido o proporcionado el Aviso de Prácticas de Privacidad que provee una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar el consentimiento. Entiendo que Kings Eye Center reserva el derecho a modificar el aviso y prácticas y avisarme de cualquier aviso revisado. Entiendo que tengo derecho a usar mi información de salud. También entiendo que tengo el derecho a solicitar restricciones en cómo mi información de salud puede ser utilizada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago o operaciones de atención de la salud y la organización no está bajo obligación a aceptar la restricción solicitada. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, con la excepción de que Kings Eye Center ya ha tomado acción en confianza al respecto.

Doy mi consentimiento para que la información sobre mi tratamiento de salud y registros médicos confidenciales sean entregados a las siguientes personas:

Nombre _____	Relación _____	Teléfono _____
Nombre _____	Relación _____	Teléfono _____
Nombre _____	Relación _____	Teléfono _____

Yo solicito las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud:

No quiero dar mi información a nadie.

Firma del paciente o representante legal testimonio*

Nombre del paciente (favor de imprimir) _____

Firma _____ Fecha _____

(Este consentimiento es válido durante 6 años a partir de la fecha de firma)

*El Acuerdo de Consentimiento debe ser firmado por todos los pacientes adultos o representante legal y se mantendrá en el expediente del paciente.