

Fecha	No. De Cuenta	No De Expendiente	Orto ID	Uso Interno
-------	---------------	-------------------	---------	-------------

Informacion Sobre El Paciente

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Género	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Numero de seguro social
Dirección 1			Teléfono celular:		¿Cómo se enteró de nosotros?	
Dirección 2			Teléfono:			
			Teléfono del trabajo:			
			Email:			
Ciudad	Estado	Codigo postal	Nombre y dirección del empleador			Ocupación
Persona de Notifical		Teléfono	Farmacia			Farmacia Teléfono

Médico Médico de la Familia Referido Médico

--	--	--	--	--	--	--

Compania de Seguro Nombre y Dirección Numbre de Persona Respons Relacion No. de Suscripton No de Gru

1						
2						
3						

Personal Reponsible O Nombre de Ortas Persona Responsable de Estacuenta

1. Apellido	Primer Nombre	Inicial	Género	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Numero de seguro social	
Dirección			Teléfono:		Teléfono del trabajo:	Email:	
Ciudad		Estado	Codigo P	Nombre y dirección del empleador			Ocupación
2. Apellido	Primer Nombre	Inicial	Género	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Numero de seguro social	
Dirección			Teléfono:		Teléfono del trabajo:	Email:	
Ciudad		Estado	Codigo P	Nombre y dirección del empleador			Ocupación

HIPAA Contactos Aprobados

1. Apellido	Primer Nombre	Inicial	Género	Fecha de Nacimi	Numero de seguro social	Relacion	
Dirección		Ciudad	Estado	Condigo	Teléfono:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:
2. Apellido	Primer Nombre	Inicial	Género	Fecha de Nacimi	Numero de seguro social	Relacion	
Dirección		Ciudad	Estado	Condigo	Teléfono:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:

Trapasu de Lus Benefiaius Dec Seguro y Authorizacion Para la Divalgacion de Informacion

El abajo firmante doy mi autohization para tratar y asignar directamente a la Eye Clinic Of Austin, todos los beneficios médicos, en su caso, de lo contrario pagaderos a mi por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable en última instancia para todos los aprobados y cubiertos los cargos no pagados por el seguro. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro. Entiendo que el pago se espera en el momento del servicio.

Acuso recibo de la notificación de la práctica de prácticas de privacidad. Yo autorizo a la práctica de usar y divulgar mi información médica para fines de tratarme, obtener el pago por los servicios prestados a mí, y la realización de operaciones de atención médica.

Firma	Fecha de Firma	Eye Clinic Of Austin
X		3410 Far West Blvd, Suite 140 Austin, TX 78731
		Teléfono: 512-427-1100 Email:

Por favor adjunte todas las tarjetas de seguro pertinentes de identificación para fotocopiadora.