

PLAZA EYE CLINIC, PA dba CROSS EYE CENTERS
FORMAS PARA LA REGISTRACION DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Prefijo: Sr. Sra. Señorita Dr. Sufijo: Jr. Sr. II III IV V

Género: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Sobrenombre: _____ Nombre de Soltera: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Preferencia: Casa Celular Trabajo Correo Electrónico: _____

Licencia de Conducir #: _____ Ocupación: _____

Empleador: _____

Raza: Blanca Negra o Afro-Americana Asiática Otro: _____

Grupo Étnico: Hispano No-Hispano

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Doctor de la familia: _____ Número de teléfono del Dr.: _____

Nombre de la Farmacia: _____ Número de teléfono de la Farmacia: _____

¿Cómo se entero acerca de nuestra oficina? _____

Guardián o Tutor legal si el paciente es menor de edad: _____

Fecha de Nacimiento del Guardián: _____ Mejor contacto telefónico: _____

Dirección si es diferente: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Cuál es su queja principal que justifica su visita de hoy? _____

Por la presente doy permiso a su oficina para hablar con las siguientes personas, sobre citas, los resultados de las pruebas o problemas de salud:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación _____

No deseo que su oficina comparta información sobre citas, resultados o problemas de salud con nadie que no sea yo mismo o las Instituciones descritas en el aviso de privacidad HIPAA incluido en mi paquete de prueba.

He completado las respuestas anteriores como verdaderas y correctas al mejor de mi conocimiento. También he recibido una copia de la Notificación de Privacidad. Yo le notificaré a su oficina de cualquier cambio en el estado de la información anterior. Entiendo que independientemente de mi estado de seguro, soy responsable en última instancia de cualquier saldo en mi cuenta por los servicios profesionales adquiridos.

Firma del Paciente/Parte Responsable: _____ Fecha: _____