



Fecha de Hoy _____ Hombre Mujer
 Nombre _____
 Direccion de casa _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Tel. Casa _____ Tel. Trabajo _____
 Tel. Celular/Otro _____
 Fecha de Nacimiento _____
 # Seguro Social _____
 Correo Electrónico _____
 ¿Podemos contactarlo por mensaje de texto y correo electrónico?
 Sí No

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA
(NOMBRE DEL PADRE SI ES MENOR DE EDAD)

Nombre _____
 Relación _____
 Tel. _____ Tel. Otro _____

Referido por _____
 Permití que mi información médica sea entregada a (nombres):

¿Como supiste de nosotros? _____

ASEGURANZA PRIMARIO

Compañía de Suguros _____
 Nombre del Asegurado _____ Relación: _____
 Fecha de nac. del asegurado _____
 # de Identificación de Miembro _____
 # de grupo (# de plan, local o póliza) _____

ASEGURANZA SECONDARIA

Compañía de Suguros _____
 Nombre del Asegurado _____ Relación: _____
 Fecha de nac. del asegurado _____
 # de Identificación de Miembro _____
 # de grupo (# de plan, local o póliza) _____

Estado Civil

Soltero Casado Divorciado Viudo Seperado

Farmacia Preferida _____
 Ciudad y Estado de Farmacia _____

Raza/Etnicidad (ahora se requiere preguntar) _____
 Profesión _____ Empleador _____
 Idioma Preferido _____ Modo Preferido de Comunicación: Teléfono Correo Electrónico Correo

NECESITAREMOS UNA COPIA DE SU TARJETA(S) DE SEGURO

MEDICARE/AUTORIZACIÓN DE SEGURO: Al firmar a continuación, doy fe de que la información anterior es verdadera y correcta. Certifico que yo (o mi dependiente) tengo/tiene cobertura de seguro como se indica anteriormente y solicito que el pago de los beneficios autorizados de mi compañía de seguros se haga directamente a Premier Eye Care of Eastern Idaho PLLC para ser aplicado a mi cuenta por los servicios prestados. Además, entiendo que Premier Eye Care de Eastern Idaho PLLC facturará a mi seguro como una cortesía para mí, y que en última instancia soy responsable financieramente. He leído y entiendo que independientemente de la cobertura de seguro, soy responsable de todos los copagos, coseguros, deducibles, refracciones, servicios no cubiertos o cualquier otro servicio denegado por mi seguro médico debido a limitaciones de cobertura de beneficios o planes. Por la presente autorizo a cualquier titular de mi información médica a divulgar dicha información a la Administración de Financiamiento de Atención Médica, a mi compañía de seguros, a otros proveedores médicos o instituciones financieras y/o Premier Eye Care of Eastern Idaho PLLC con fines de tratamiento, pago o atención médica operaciones. Entiendo que a menos que se hayan hecho arreglos previos, se espera que pague todos los montos estimados de los pacientes al momento de la visita.

Firma _____ Fecha de Hoy _____

Effectivo desde el 1 de Enero de 2016: Premier Eye Care de Eastern Idaho tiene una política de cancelación/reprogramación de 24 horas. Si pierde su cita, cancela o cambia su cita con menos de 24 horas de anticipación, habrá un cargo de \$ 50.