

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Formulario CEC DEMO 2019

Nombre del paciente: _____ Sexo: M F
 Teléfono particular: (____) _____ Celular: (____) _____
 Dirección de correo: _____ Ciudad: _____ Estado/Código postal: _____
 N.º de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: (marque con un círculo) S C D V Menor
(Necesario para Medicare, Medi-cal, pacientes con seguro oftalmológico o estudiantes con cobertura del seguro de sus padres)
 Dirección de correo electrónico: _____ Parte responsable: _____
 Relación con el paciente: _____ Empleado por: _____
 Teléfono del empleador: _____ Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Código postal: _____ Médico de cabecera: _____
 Teléfono del médico de cabecera: _____ Contacto de emergencia: _____
 Relación: _____ Teléfono del contacto de emergencia: _____

Información de la cobertura del plan de visión: (MARQUE UNA OPCIÓN) []VSP []MES []EYE MED []Principal []NVIH

Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__ N.º de SS: _____

Información del seguro médico:

Primario: _____	Secundario: _____
Titular de la póliza: _____	Titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: _____
N.º de SS: _____	N.º de SS: _____
N.º de id.: _____	N.º de grupo: _____
N.º de id.: _____	N.º de grupo: _____
Relación: Titular Cónyuge Padre/madre Otro _____	Relación: Titular Cónyuge Padre/madre

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

- Entiendo que Corning Eye Care le facturará los servicios cubiertos a mi compañía de seguro médico. Si Corning Eye Care no tiene un contrato con mi plan de seguro, se deberá efectuar el pago al momento de recibir el servicio y me entregarán un resumen de cuenta detallado con el que puedo facturarle a mi compañía de seguro.
- Autorizo y solicito que los beneficios del seguro se destinen directamente a Corning Eye Care en mi nombre en concepto de todos los servicios prestados por cualquier médico empleado por Corning Eye Care o sus entidades afiliadas.
- Entiendo que soy responsable de los deducibles, de los coseguros y de cualquier servicio sin cobertura. Los coseguros y los deducibles están basados en la determinación de cambio de mis compañías de seguro.
- Si no tengo seguro, entiendo que el pago se deberá efectuar al momento de recibir el servicio.
- Entiendo que soy financieramente responsable de todos los costos, independientemente de que mi seguro los pague o no.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorización del seguro, revelación de los expedientes médicos, beneficios y asignaciones del seguro, responsabilidad y reconocimiento del paciente

- Corning Eye Care, los empleados de su personal médico (incluido su médico) y los servicios de contratistas independientes han acordado, según lo permite la ley, compartir su información médica entre ellos en relación con el tratamiento, los pagos y la atención médica. De este modo, podemos abordar más eficientemente sus necesidades de atención médica. Se le proporciona esta información como complemento del Aviso de prácticas de privacidad que le dio Corning Eye Care. En relación con el tratamiento, los pagos y la atención médica, autorizo la revelación de todos los expedientes médicos y de cualquier información sobre el seguro entre Corning Eye Care, sus entidades afiliadas, mi médico de cabecera, las compañías de seguro y la Administración de Financiación de la Atención Médica (Health Care Financing Administration) para procesar los reclamos para los servicios relacionados.
- Por el presente, autorizo a la persona designada a revelar la información que sea necesaria para garantizar el pago.
- Autorizo la transmisión por fax y la presentación electrónica de dicha información.
- La digitalización o la fotocopia de esta designación tendrán la misma validez que el original.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: He leído y entendido completamente el consentimiento de evaluación y tratamiento mencionado arriba, la responsabilidad financiera, la revelación de la información médica y la autorización del seguro.

 Firma del paciente/padre o madre/tutor/custodio Fecha Motivo por el que el paciente no puede firmar

Si usted es un paciente fijo, le pedimos disculpas por cualquier inconveniente ocasionado. Sin embargo, tenemos la obligación de pedirle una firma por motivos relacionados con el seguro y de actualizar toda la información del paciente de manera anual. Gracias.

Corning Eye Care, 400 Solano St, Corning, CA 96021