



14435 N. 7th st Ste 104  
Phoenix AZ 85022  
P 602-993-2727  
F 602-449-0681

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Seguro Social \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ P.O. Box \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal (Zip) \_\_\_\_\_  
Teléfono: (casa) \_\_\_\_\_ (cellular) \_\_\_\_\_  
**EMAIL:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA OCULAR**

Fecha de ultimo examen \_\_\_\_\_ Nombre de doctor \_\_\_\_\_  
Usas lentes? ( ) Si ( ) No / ( ) todo el tiempo ( ) ocasional ( ) lectura ( ) para manejar  
Usas contactos? ( ) Si ( ) No / ( ) Suave ( ) Duro, Marca: \_\_\_\_\_  
A quien le podemos agradecer por referirte a esta oficina \_\_\_\_\_  
Enumerar por favor cualquier **medicamento** que estes tomando \_\_\_\_\_

Enumerar por favor cualquier **gota del ojo** que estes usando \_\_\_\_\_  
Enumerar por favor cualquier medicamento que eres **alérgico** a \_\_\_\_\_  
Está embarazada o en lactancia? ( ) Si ( ) No  
Fuma? ( ) Si ( ) No

**Has tenido o tienes uno de los siguientes?**

- |                                |                     |  |
|--------------------------------|---------------------|--|
| ___ Lesión del ojo             | ___ Doble vision    | ___ Glaucoma                           |
| ___ Cirugía del ojo            | ___ Ojos lagrimosos | ___ Diabetes                           |
| ___ Infección del ojo          | ___ Ojos rojos      | ___ Cataratas                          |
| ___ Descarga pegajosa          | ___ Dolor en el ojo | ___ Puntos o lineas flotando en el ojo |
| ___ Comezon/ ardor en los ojos | ___ Dolor de cabeza | ___ Alta presión                       |

**INFORMACIÓN DE LA ASEGURANZA: (MIEMBRO)**

**Aseguranza primaria:**

Nombre de la persona asegurado/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Seguro Social del asegurado/a \_\_\_\_\_ Numero de ID \_\_\_\_\_  
Nombre de compania \_\_\_\_\_ Numero de trabajo # \_\_\_\_\_  
Nombre de aseguranza \_\_\_\_\_

**Aseguranza secundaria/ suplementario:**

Nombre de la persona asegurado/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Seguro Social del asegurado/a \_\_\_\_\_ Numero de ID \_\_\_\_\_  
Nombre de compania \_\_\_\_\_ Numero de trabajo # \_\_\_\_\_  
Nombre de aseguranza \_\_\_\_\_



**ASIGNACION DE ASEGURANZA Y PERMISO**

Yo, el abajo firmante, certifico que yo o mi dependiente tenemos cobertura con la compania aseguradora que menciono anteriormente; doy permiso a Moon Valley Eyecare para que, en mi nombre, cobre la cantidad correspondiente por los servicios y materiales recibidos. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, ya sea que estén o no cubiertos por mi aseguranza. Por este medio autorizo a esta oficina para que proporcione toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma para todos los cobros dirigidos a la aseguranza. Por favor señale el método de pago. ( ) En Efectivo ( ) cheque ( ) debito/credito. ( ) CareCredit

Firma Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**POLIZA FINANCIERA/ O RESPONSABILIDAD DE PAGO**

En el caso de que yo/nosotros fallemos a pagar por los servicios proveídos por esta oficina y la cuenta sea puesta en colecciones, yo/nosotros entendemos y estamos de acuerdo que una cantidad adicional igual al 40% de el balance debido al momento que la cuenta sea puesta en colecciones, sera agregada al balance debido, yo/nosotros estamos de acuerdo en pagar el balance debido, yo/nosotros estamos de acuerdo en pagar un interés anual de (10%) diez por ciento hasta que la cantidad sea pagada por completo. Yo/ nosotros también estamos de acuerdo en pagar todas las cuotas de abogados y costos de corte, necesarios para colectar este balance. Cheques sin suficiente fondos se les cobrara un cargo adicional de \$35dlls.

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_

(si el paciente es menor de edad) \_\_\_\_\_

GRACIAS por confiar en nosotros Moon Valley Eyecare con sus necesidades.

**POLIZA DE CITAS PERDIDAS (Efectivo 08/01/2019)**

Nuestro médico se esfuerza por ver a los pacientes de manera oportuna. Respetamos su tiempo y pedimos que respeten nuestro tiempo y las necesidades de otros pacientes, manteniendo su cita. Cada ranura de tiempo de la cita es importante y no se puede recuperar si un paciente decide no asistir a su cita. Recogemos cuotas para asegurar que nuestro médico puede continuar a ver a los pacientes. Por favor tenga en cuenta que cada salta o perdida de cita, no es solo tiempo perdido, pero también el tiempo que no se pueden ver a otros pacientes.

A partir del 08/01/2019, se marcarán cada cita perdida y usted recibirá un aviso de que han perdido su cita. Además, su cuenta sele aplicará un cargo de \$35dlls por citas perdidas. Tenga en cuenta que la cuota no será facturada a su seguro/aseguranza.

Entiendo que si no da aviso de 24 horas de cancelación de una cita o no asistir una cita puede resultar en un cargo de \$35dlls. Este cargo es no cubiertos por su aseguranza y sera su responsabilidad a pagar.

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_

**AUTHORIZACION PARA PROPORCIONAR INFORMATION**

Desde Abril 14 del año 2003, entro en efecto la nueva Ley Federal HIPAA para proteger la información personal sobre su salud (PHI). Si necesita autorizar a alguien mas para tener acceso a su información en nuestra oficina, por favor escribe el nombre de la persona y la relación que tiene con usted. Por favor note que bajo esta nueva ley no podemos proporcionar su información a su esposo (a) al padre o madre si el paciente tiene 18 o mas de edad, sin importar quien es responsable de pagar por los cargos.

Nombre: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo a Moon Valley Eyecare a proporcionar mi PHI a los individuales enlistados anteriormente hasta que yo solicite por escrito la suspensión de dicha autorización.

**Firma Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_