

**DELL CHILDREN'S EYE CENTER  
FORMA DE REGISTRO (POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE)**

Pediatra/ Médico de cabecera:				Fecha de hoy:			
INFORMACION DEL PACIENTE							
Apellido del Paciente:		Primer Nombre:	Segundo:	Edad:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento: / /	
Dirección de domicilio:			Seguro Social :		Teléfono de casa: ( )		
Ciudad		Estado	Código postal		Número de celular ( )		
Nombre del padre de familia/guardián:		Empleador:	Número de teléfono: ( )		Correo electrónico:		
Segundo padre de familia/guardia:		Celular : ( )		Estado civil de los padres: <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Soltero			
INFORMACION DEL SEGURO MEDICO							
Nombre del seguro primario:	Nombre del subscriber:	Fecha de nacimiento:	Seguro social del subscriber:	Numero de la póliza:	Numero del grupo:		
		/ /					
Domicilio:		Estado		Código postal			
Ciudad		Relación del paciente con el subscriber <input type="checkbox"/> propio <input type="checkbox"/> conyugue <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> Otro					
<b>Nombre de un segundo seguro(si tiene):</b>		Nombre del subscriber:		Fecha de nacimiento:			
				Seguro social del subscriber:			
Numero de la póliza:		Numero de Grupo :	Relación	Empleador:			
CONTACTO DE EMERGENCIA							
Apellido:		Primer Nombre:	Segundo:	Correo electrónico Celular: ( )			
Domicilio:			Relación con el paciente:		Número de teléfono ( )		
Ciudad		Estado		Código Postal			
INFORMACION DE LA CITA							
Referido por (Nombre completo)		Razón por la visita de hoy					

**Por favor firme en todas las aéreas subrayadas/marcadas**

**Autorización/ reconocimiento**

Yo he revisado las prácticas de privacidad de esta clínica, la cual explica cómo mi información médica se usará y se divulgará. Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este documento.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del paciente/Guardián/Representante Personal

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha

### Inasistencia a las citas (política de no asistir)

Si usted necesita cancelar o cambiar una cita, por favor hágalo antes de la 1:00 pm, un día antes de su cita programada y antes de la 1:00pm del viernes si su cita es para el lunes. Si falla en hacerlo será considerada como inasistencia a la cita (se le conoce como "no show"). Las llamadas para recordarle su cita son de cortesía y no se le garantizan. Si usted no asiste a una cita, se le ofrecerá el próximo cupo disponible. No se le dará cita si todo el horario está completo.

**Se le suspenderá la atención en esta clínica si usted no asiste por una segunda vez a su cita.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/ Guardián/ Representante Personal

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

### Permiso para la refracción

Antes de hacerle la refracción, se le examinará la visión pidiéndole que lea una tabla optométrica. Si usted no puede leer con exactitud la línea 20/20 es posible se haga la refracción. Para hacer este examen se le pedirá que vea a través de una serie de lentes con diferentes grados de magnitud para determinar cual de estos le da la visión más clara y precisa. La refracción es esencial para determinar si la disminución de la visión es sólo debido a la necesidad de lentes o la existencia de otro problema médico. Este examen es considerado un procedimiento no-médico y no lo cubre Medicare o la mayoría de los seguros médicos. Esto se debe a que la información proporcionada por este examen puede ser usada para recetar el uso de lentes, sin embargo muchas veces este no es el propósito. Esperamos que entienda la importancia de determinar la mejor agudeza visual corregida ya que es esencial para su examen ocular y su correcto diagnóstico.

Al firmar abajo reconoce estar de acuerdo y que entiende la información mencionada.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/ Guardián/ Representante personal

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

### Contacto/ Divulgación de Información

En caso que "Dell Children's Eye Center" necesite contactarlo referente a una cita, resultados de laboratorio, medicamentos, o por cualquier otra razón, usted da permiso de:

Dejar mensaje grabado en la maquina contestadora  Hablar con su cónyuge/pareja

Hablar con otro miembro de la familia

Otro: Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/ Guardián/ Representante personal

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

### Política Financiera

- El pago se debe de hacer al momento de proporcionarle el servicio. Avísenos con anticipación si usted es miembro de un seguro médico de HMO o PPO para los cuales nosotros somos sus proveedores.
- Es la responsabilidad del paciente de obtener una referencia y números de autorización de su médico de cabecera.
- Nosotros requerimos que se haga el pago al mismo tiempo de proporcionarle cualquier servicio que no esté bajo su seguro medico, tales como, exámenes rutinarios, cargos por los lentes de contacto, y lentes de contacto.
- Si el paciente viene de padres divorciados el padre de familia, quien traiga al paciente a la cita es la persona responsable financieramente. Nosotros solamente mandaremos información financiera a su domicilio.

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar todos los cobros y la divulgación de cobros de mis beneficios médicos a mi doctor. Usted es responsable de todos los servicios no cubiertos bajo su seguro medico. Si se envía su caso a una agencia de cobros usted es responsable del 100% de cualquier cargo acumulado.

Yo entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cargo no cubierto por mi seguro medico.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/ Guardián/ Representante personal

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

