

UTAH VALLEY VISION CARE
Dr Traer G Caywood, Dr Timothy J Seiter, & Dr Paige T Brown

Información personal - Por favor escriba todo legiblemente

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de hoy: ____/____/_____
Domicilio: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/_____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Sexo: Masculino Femenino
Prefijo: Sr. Sra. Srta. Dr. Nombre preferido: _____
Estado civil: Soltero/a Casado/a Otro/a Idioma preferido: _____ Número de Seguro Social: _____

Estado de empleo: Jubilado Empleado Estudiante a jornada completa Estudiante a tiempo parcial Niño/a Ama de casa

Raza: Nativo de América del Norte o Alaska Asiático Negro o afroamericano Hispánico Hawaiano o nativo de la Polinesia Blanco o caucásico

Permiso para compartir información personal de la salud

Autorizo a las personas siguientes para recibir documentos o materiales médicos por mí:

Primario: _____ Secundario: _____ Terciario: _____

Información de contacto (Si incluye Ud. su correo electrónico, consiente a recibir avisos para sus citas, boletines informativos y publicidad de nuestra oficina)

Teléfono de hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____ ext. _____
Celular: _____ Correo electrónico: _____
Forma de contacto preferida: teléfono trabajo celular texto correo electrónico

Cómo fue referido a nuestra oficina? Seguro Páginas amarillas/guía telefónica Sitio web Periódico Facebook
 Escuela Internet Una clínica de otro doctor: _____ Individuo: _____

Información de relación/titular de la póliza

Responsable de la cuenta: _____ La relación del paciente a la persona responsable: Uno mismo Cónyuge Hijo/a
Domicilio: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/_____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número telefónico: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Número telefónico en caso de emergencia: _____
Doctor principal: _____ Ciudad: _____ Fecha de examen más reciente: ____/____/_____

Información de seguro

Seguro primario: _____	Seguro secundario: _____
Asegurado: _____	Asegurado: _____
# de póliza: _____	# de póliza: _____
Empleador del asegurado: _____	Empleador del asegurado: _____

POR FAVOR LEA Y FIRME

Información sobre la responsabilidad financiera

Pagos médicos para todo servicio es la responsabilidad del paciente y es esperado al tiempo de servicio.

Estoy dispuesto/a pagar todo gasto de cualquier agencia de colección que me detenga para seguir este asunto. También estoy dispuesto/a a pagar interés a cualquier balance aún no pagado (al precio de 1.5% por mes, o 18% por año.) Yo entiendo que hay un sobrecargo de \$25.00 para todo cheque que sea devuelto sin fondos.

Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica con respecto a mi enfermedad y tratamiento por esta clínica a mi compañía de seguro y la Administración Financiera de Salud o sus agentes. También autorizo hacer público mi información personal médica a cualquier doctor a quien yo sea referido/a para una consulta. Autorizo mi beneficio médico pagar al proveedor del centro. Entiendo que cualquier otra información sobre mí, incluyendo mi receta para anteojos o lentes de contactos no será compartida con nadie más sin mi consentimiento escrito.

Por la presente autorizo todo procedimiento, incluyendo dilatación de los ojos, como sea necesario para mi salud. También autorizo tratamiento si el paciente es menor de edad.

Reconocimiento de recibo:

Reconozco que he recibido las pólizas siguientes de la oficina de los Drs. Caywood, Seiter, y Brown:

Información sobre la responsabilidad financiera Comprendiendo el seguro Notificación de prácticas de privacidad

X _____	X _____	X _____
Firma del paciente o del guardián legal	Escriba el nombre	Fecha de hoy
