

Nombre de Médico Referente: _____

Teléfono de Médico Referente: _____

Dirección de Médico Referente: _____

Nombre de Doctor General: _____

Teléfono de Doctor General: _____

Dirección de Doctor General: _____

Nombre de Optometrista: _____

Teléfono de Optometrista: _____

Dirección de Optometrista: _____

Nombre de Contacto De Emergencia: _____

Relación a Usted: _____

Teléfono De La Casa: _____

Celular: _____

Firma Del Paciente/Padre/Guardián: _____

¿Cómo encontró NYMSEC? Familia Amigo Sitio web de NYMSEC

Directorio de seguros Cerca de casa/trabajo Búsqueda de Google

Doctor General/Especialista _____

Optometrista _____ Otro _____

Otros miembros de la familia atendidos en NYMSEC: _____

DESIGNACIÓN DE PERSONAS A SU INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Acepto que NYMSEC puede divulgar ciertas partes de mi información médica a un familiar, amigo o cuidador porque dicha persona está involucrada con mi atención médica o con el pago relacionado con mi atención médica. En ese caso, NYMSEC divulgará solo información que sea directamente relevante para la participación de la persona en mi atención médica o el pago relacionado con mi atención médica

Deseo hacer una designación en este momento

Firma de la Paciente/Padre /Guardián: _____

Designo a las siguientes personas enumeradas a continuación como personas involucradas con mi atención médica o con el pago relacionado con mi atención médica con el propósito de que NYMSEC realice las divulgaciones limitadas descritas anteriormente. Entiendo que no estoy obligado a incluir a nadie. También entiendo que puedo cambiar esta lista en cualquier momento por escrito.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Celular: _____ Email: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

¿El paciente está cubierto por un seguro médico? SÍ NO

Nombre del Asegurado: _____

Relación del Paciente con el Asegurado: Él mismo Cónyuge Hijo

Otro _____

Nombre del seguro: _____

Plan de seguro: _____

Número de La Póliza asegurada/ Número de identificación: _____

Número Póliza del Grupo: _____

Si el Asegurado no es el propio (paciente), proporcione la siguiente información:

Número de seguro social asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Empleador asegurado: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

¿El paciente está cubierto por un seguro médico? SÍ NO

Nombre del Asegurado: _____

Relación del Paciente con el Asegurado: Él Mismo Cónyuge Hijo

Otro _____

Nombre del Seguro: _____

Plan de Seguro: _____

Número de La Póliza asegurada/ Número de identificación: _____

Número Póliza del Grupo: _____

Si el Asegurado no es el propio (paciente), proporcione la siguiente información:

Número de Seguro Social Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Empleador Asegurado: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR

¿Es esta una compensación para trabajadores? SÍ NO

En caso afirmativo, fecha del accidente: _____

Empleador notificado: SÍ NO Hora del accidente: _____

Lugar del accidente: _____

Número de caso de la Junta de Compensación para Trabajadores (WCB):

Información del transportista de compensación laboral:

Número de la Póliza de seguro: _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE / GARANTE

Persona Responsable Para Pagar Cuentas: _____

Si la Persona Responsable es alguien que no es el Paciente, proporcione la siguiente información.

Dirección: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Número de la Casa: _____

Número de Celular: _____

Email: _____

Ocupación: _____

Nombre Del Empleador: _____

Dirección Del Empleador: _____

Número de Teléfono Del Trabajo: _____

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y RESPONSABILIDAD ECONÓMICA

La información completada en la Forma De Registro es correcta. ____ **(INICIALES)**

Entiendo que es mi responsabilidad de presentar mi tarjeta de seguro y tarjeta de identificación personal en todas las visitas a New York Medical & Surgical Eye Care. Entiendo que es mi responsabilidad de notificar a la oficina de cualquier cambio de mi seguro. ____ **(INICIALES)**

He recibido una copia de la **Notificación de Prácticas de Privacidad** y he tenido la oportunidad de revisarla y de tener una copia de la oficina or bajar una copia de la pagina del web de New York Medical & Surgical Eye Care para mis registros. ____ **(INICIALES)**

Asignación de beneficios: por la presente asigno beneficios médicos y / o quirúrgicos, a los que tengo derecho, incluidos Medicare, seguro privado o cualquier otro plan de salud y / o vision plan a New York Medical & Surgical Eye Care. La asignación será vigente hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de la asignación de beneficios sera considerará tan válida como la original. Por la presente autorizo a dicho oficina a presentar toda la información necesaria para asegurar el pago. ____ **(INICIALES)**

Entiendo que **soy económicamente responsable de todos los servicios no cubiertos, que mi seguro o la oficina determina que es mi responsabilidad** (por ejemplo: refracción, anteojos recetados, deducibles, coseguros, copagos, etc.).
____ **(INICIALES)**

Nombre Del Paciente: _____

Firma Del Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre Del Guarantor: _____

Firma Del Guarantor: _____

Fecha: _____