



NEW YORK MEDICAL & SURGICAL
E Y E C A R E

110 East 40th St., Suite 404
New York, NY 10016
Telephone: (212) 242-2200
Fax: (212) 242-3003
Email: info@nyeyecare.com

**FORMA DE RECONCIMIENTO DEL PACIENTE Y RESPONSABILIDAD
ECONÓMICA**

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 o 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: _____