

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Patient Name/Nombre: _____

SS# _____ **DOB/Fecha de nacimiento** _____ **Age/Edad** _____

Address/Dirección: _____

City/Ciudad: _____ **State/Estado:** _____ **ZIP Code/Código postal:** _____

Home Phone/Teléfono de casa: _____ **Cell Phone/Teléfono móvil:** _____

Email/correo electrónico : _____ **Gender/Sexo:** _____ **Ethnicity/Etnicidad** _____

Occupation/Ocupación _____ **Employer/ Empleador** _____

Employer Address/Dirección del empleado: _____

Employer City: _____ **Employer State:** _____ **Employer ZIP:** _____
(Ciudad del empleador) (Estado) (Código postal del empleador)

EMERGENCY CONTACT / CONTACTO DE EMERGENCIA

Name/Nombre: _____ **DOB/Fecha de Nacimiento:** _____

Relationship to Patient/Relación con el paciente: _____

Phone/Teléfono: _____ **Address/Dirección:** _____

Insurance Information / Información del seguro

Primary Insurance / Seguro primario: _____

Subscriber's Name / Nombre del suscriptor: _____

Secondary Insurance / Seguro secundario: _____

Subscriber's Name/Nombre del Suscriptor: _____

I certify that the information on this form is correct to the best of my knowledge.
Certifico que la información sobre esta forma es correcta al mejor de mi conocimiento.

Patient Signature / Firma Del Paciente

Date / Fecha

This page has two sides / Esta página tiene dos caras

Patient Name/Nombre: _____ **DOB/Fecha de nacimiento** _____

ASSIGNMENT OF BENEFITS

I hereby assign all medical and/or surgical benefits to which I am entitled, including Medicare, private insurance, or any other health plans to Advanced Center for Eyecare. I hereby authorize said assignee to release all information necessary to secure payment. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as an original.

I understand that I am financially responsible for all charges not paid by my insurance, including non-covered services—such as refraction and cosmetic procedures.

ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no pagados por mi seguro, incluyendo servicios no cubiertos, como procedimientos de refracción y cosmético.

Por la presente asignar todos los beneficios médicos o quirúrgicos que estoy titulado, incluyendo Medicare, seguro privado o cualquier otros planes de salud a Advanced Center for Eyecare. Por la presente autorizo dicho cesionario para liberar toda la información necesaria para el pago seguro. Esta asignación se mantendrá vigentes hasta que se revocó por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación es considerada tan válida como la original.

Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no pagados por mi seguro, incluyendo servicios no cubiertos, como procedimientos de refracción y cosmético.

AUTHORIZATION FOR THE USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

I hereby authorize the use and disclosure of individually identifiable health information relating to me, which is called Protected Health Information (PHI), under a federal health privacy law. I further understand that my PHI may be used to carry out treatment, payment, or healthcare operations.

I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying Advanced Center for Eyecare in writing.

I have received a copy of Advanced Center for Eyecare's **Notice of Privacy Practices** prior to signing this consent.

I understand I have the right to restrict how my PHI is used or disclosed by notifying Advanced Center for Eyecare of my wishes in writing.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por la presente autorizo el uso y la divulgación de información de salud identificable individualmente relativas a mí, que se llama Información Protegida de la Salud (IPS), en virtud de una ley de privacidad federales de salud. Además, entiendo que mi IPS puede ser utilizado para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención a la salud.

Yo entiendo que me puede revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación Advanced Center for Eyecare por escrito.

*He recibido una copia del Advanced Center for Eyecare para **Las Prácticas de Privacidad** antes de firmar este consentimiento.*

Tengo entendido que tienen el derecho de limitar cómo mi IPS es utilizado o revelado mediante notificación Advanced Center for Eyecare de mis deseos por escrito.

Patient Signature / Firma del Paciente

Date / Fecha