



**INGLEWOOD**  
OPTOMETRIC CENTER  
**FORMULARIO DE REGISTRACION**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Zona Postal: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Estado Civil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Posición de trabajo \_\_\_\_\_

Persona para notificar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Médico Primario/ Teléfono: \_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

Plan de visión:  Sí  No \_\_\_\_\_

En caso Sí, Nombre de Plan de Visión: \_\_\_\_\_

El método preferido para comunicarse con usted:  Email  Texto  Teléfono  Celular \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Otro médico  Otro paciente  Anuncio Publicitario  Seguros  Nuestro sitio de internet \_\_\_\_\_

Sitio de internet del seguro \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último examen de la vista? \_\_\_\_\_

Optometrista Anterior \_\_\_\_\_

AUTORIZACION Y TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

Yo autorizo que Inglewood Optometric Center me examine. Pagos y Co-pagos por los servicios recibidos deben ser pagados el mismo día del servicio. Como parte de nuestros servicios le enviaremos sureclamación de seguro. Yo entiendo que si mi proveedor de seguro rechaza los beneficios o niega pagar por mis beneficios yo seré responsable. Un depósito de 50% es necesario por todos los anteojos y lentes de contactos ordenados. Todos los materiales no recibidos dentro de 90 días serán regresados al laboratorio y 25% de su depósito no se le regresará. \_\_\_\_\_

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE DECLARACION DE BENEFICIOS \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamación de seguro. Y también asigno al doctor todos los pagos de Medicare u/otro proveedor de seguros por servicios adquiridos. Yo entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones arriba mencionadas. \_\_\_\_\_

DERECHOS DE PRIVACIDAD HIPAA Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN O LA INFORMACIÓN \_\_\_\_\_

PROTEGIDA DE SALUD: He leído los derechos de HIPAA y declaraciones de autorización y doy mi consentimiento para divulgar mi historia médica relacionada con el tratamiento \_\_\_\_\_

Bajo la firma de abajo yo estoy confirmando que yo comprendo esta póliza. \_\_\_\_\_

FECHA : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FIRMA : \_\_\_\_\_