

Patient Information / Información del Paciente

Demographics / Información demográfica

LAST NAME/APELLIDO		FIRST NAME/NOMBRE		MI/INICIAL DEL SEGUNDO		TODAY'S DATE/ FECHA DE HOY:	
STREET ADDRESS/DIRECCIÓN:				APT #		SOCIAL SECURITY #/NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	
CITY/CIUDAD:				E-MAIL ADDRESS/CORREO ELECTRÓNICO:			
STATE/ESTADO:		ZIP CODE/CÓDIGO POSTAL:		BIRTH DATE/FECHA DE NACIMIENTO		AGE/EDAD	SEX /SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
HOME PHONE / NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA: ()		WORK/MOBILE PHONE NÚMERO TELEFÓNICO DE TRABAJO Y/O CELULAR: ()		MARITAL STATUS/ ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> MARRIED/(CASADO/A) <input type="checkbox"/> DIVORCED/(DIVORCIADO/A) <input type="checkbox"/> SINGLE/(SOLTERO/A) <input type="checkbox"/> WIDOWED/(VIUDO/A)			
EMPLOYER NAME & ADDRESS/NOMBRE DEL EMPLEADOR Y DIRECCIÓN:				POSITION/DEPARTMENT/(PUESTO/DEPARTAMENTO)			
SPOUSE/CÓNYUGE:				WORK/MOBILE PHONE NÚMERO TELEFÓNICO DE TRABAJO Y/O CELULAR: ()			
EMERGENCY CONTACT/EN CASO DE EMERGENCIA:		PHONE/NÚMERO TELEFÓNICO: ()		SPECIAL NEEDS / NECESIDADES ESPECIALES: <input type="checkbox"/> HEARING IMPAIRED/PROBLEMAS DE AUDICIÓN <input type="checkbox"/> TRANSLATOR /TRADUCTOR <input type="checkbox"/> WHEELCHAIR/SILLA DE RUEDAS			

Referral / Referencia

PLEASE FILL OUT THIS AREA TO LET US KNOW HOW YOU WERE REFERRED TO OUR OFFICE POR FAVOR RELLENE PARA DEJARNOS SABER QUIEN LA(O) REFIRIÓ A NUESTRA OFICINA							
NAME OF OPTOMETRIST / NOMBRE DEL OPTOMETRA:		PHONE/NÚMERO TELEFÓNICO: ()		REFERRED BY/REFERENCIA: <input type="checkbox"/> PATIENT NAME/ NOMBRE DEL PACIENTE: _____ <input type="checkbox"/> OTHER PHYSICIAN/ (OTRO DOCTOR) _____ <input type="checkbox"/> INSURANCE DIRECTORY/DIRECTORIO DE SU SEGURO <input type="checkbox"/> OMNI WEB SITE/PÁGINA ELECTRÓNICA DE OMNI			
LOCATION/LUGAR							
STREET ADDRESS/DIRECCIÓN:		CITY/CIUDAD:		STATE/ESTADO:	ZIP CODE/CODIGO POSTAL:		
PRIMARY CARE MEDICAL DOCTOR/(DOCTOR GENERAL/PRIMARIO):				PHONE/NÚMERO TELEFÓNICO: ()			
STREET ADDRESS/DIRECCIÓN:		CITY/CIUDAD:		STATE/ESTADO:	ZIP CODE/CÓDIGO POSTAL:		

Billing / Facturación

Guarantor (Person Financially Responsible) / Garante (La Persona Responsable Económicamente)							
NAME/NOMBRE		RELATIONSHIP TO PATIENT/ PARENTESCO CON EL PACIENTE <input type="checkbox"/> SELF/ <input type="checkbox"/> SPOUSE/ <input type="checkbox"/> PARENT/ <input type="checkbox"/> OTHER/ SI MISMO PAREJA PADRE OTRO					
STREET ADDRESS/DIRECCIÓN:		APT #		PHONE/NÚMERO TELEFÓNICO: ()			
CITY/CIUDAD:		STATE/ESTADO:		ZIP CODE/CÓDIGO POSTAL:			
PRIMARY INSURANCE / SEGURO PRIMARIO		POLICY ID#/ NÚMERO DE PÓLIZA		POLICY HOLDER/ NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL		SS# / NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	INSURED'S DOB/ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
SECONDARY INSURANCE/ SEGURO SECUNDARIO		POLICY ID#/ NÚMERO DE PÓLIZA		POLICY HOLDER/ NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL		SS# / NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	INSURED'S DOB/ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
<input type="checkbox"/> WORKERS COMPENSATION/COMPENSACIÓN DE TRABAJADOR (over)/(Al dorso)							





OMNI EYE SERVICES

Agreement of Responsibility

I understand the professional services are rendered to the patient and the patient is responsible for the charges incurred. I understand I am financially responsible for the charges not covered by my insurance company. I understand the provider does not accept responsibility for collecting my insurance claims or for negotiating a settlement on disputed claims. I have received and reviewed the payment policy and agree to the conditions set forth in such policy. I understand I will receive a monthly statement for any balance due by me.

Initial: _____

Consent to Treat

I voluntarily consent to such care and treatment as prescribed by the physician as is necessary in his/her medical judgment.

Initial: _____

Acknowledgement of Receipt of Privacy Practices

I acknowledge that I have received a copy of Omni Eye Specialist's P.A. Notice of Privacy Practices.

Initial: _____

Release of Information/Assignment of Benefits

I authorize the use of this form on all my insurance submissions and authorize release of information needed to process a claim to all my insurance companies. I permit a copy of this authorization to be used in place of an original. I assign all rights and claims for reimbursement of expenses allowable under my insurance plan and authorize payment directly to the provider for services rendered.

Acuerdo De Responsabilidad

Entiendo que los servicios profesionales son dados al paciente y el paciente es responsable por los cargos imputados por los servicios. Entiendo que soy económicamente responsable por los cargos que no cubre mi compañía de seguro. Entiendo que el proveedor de seguro no es responsable por juntar mis reclamos de seguro o negociar un acuerdo en reclamos disputados. Recibí y repasé la póliza de pago y estoy de acuerdo con las condiciones de dicha póliza. Entiendo que recibiré una declaración mensual por cualquier cuenta que tenga pendiente.

Iniciales: _____

Consentimiento De Tratamiento

Consiento al tratamiento prescrito por el doctor como sea necesario en su juicio médico.

Iniciales: _____

Recibimiento De Prácticas Privadas

Recibí una copia de las Practicas Privadas de Omni Eye Specialist's P.A.

Iniciales: _____

Autorización Para Dar Información/Asignación De Beneficios

Autorizo el uso de este formulario en todas mis sumisiones de seguro y autorizo que den la información necesaria para procesar mi reclamo a todas mis compañías de seguro. Doy permiso que usen una copia de esta hoja como autorización en lugar de la hoja original. Asigno todos los derechos y reclamos para reembolso de las cuentas permitidas bajo mi plan de seguro y autorizo que paguen directamente al proveedor por los servicios

Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____

Signature/Firma: _____