

Miramar Eye Specialists Medical Group

3085 Loma Vista Road • Ventura, CA 93003 • (805) 648-3085 • Fax (805) 648-7027

Información del paciente (escriba con letra de molde)

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono (____) _____ Celular (____) _____ Correo electrónico _____
 Seguro social # _____ -- _____ -- _____ Licencia # _____ Estado _____
 Estado civil _____ Esposo/a _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Referido por _____
 Médico primario _____ Teléfono (____) _____
 Empleador _____ Teléfono (____) _____
 Contacto en caso de emergencia _____ Teléfono (____) _____

Si la información del seguro a continuación no está completa ni al día, se requerirá el pago EN EFECTIVO de todas las visitas.

| Seguro primario | | Seguro secundario | |
|---------------------------------|--|---------------------------------|-------------|
| Seguro | | Seguro | |
| Suscriptor /Fecha de nacimiento | | Suscriptor /Fecha de nacimiento | |
| Número del suscriptor | | Número del suscriptor | |
| Número de miembro | | Número de miembro | |
| Número de grupo | | Número de grupo | Suplemento: |
| | | Sí No | |

Si tiene Medicare, ¿ha asignado sus beneficios a una organización de servicios médicos administrados (HMO)? Sí No

Si su cónyuge es el/la asegurado/a, ¿él/ella está trabajando actualmente? Sí No

Plan de visión: VSP MES Spectera Golden West

Otro _____

Padre/Madre o Tutor (si el paciente es menor)

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Relación _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono (____) _____ Celular (____) _____ Correo electrónico _____
 Seguro social # _____ -- _____ -- _____ Licencia # _____ Estado _____
 Empleador _____ Teléfono (____) _____

Asigno directamente todos los beneficios médicos/quirúrgicos a Miramar Eye Specialists Medical Group (mi médico) y entiendo que soy responsable económicamente de todos los cargos, pagado o no por el seguro. Por el presente formulario autorizo a mi médico a dar a conocer toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Además, autorizo a mi médico o sus representantes a obtener copias de todos los informes de su historia clínica relevantes al/a los problema(s) por el/los cual(es) estoy siendo atendido en esta oficina. Entiendo que, en última instancia, la responsabilidad para cumplir con el tratamiento recomendado y seguir el plan recae sobre mí y que esta responsabilidad específicamente permanecerá conmigo, independientemente de la aprobación del seguro.

Reconozco que he leído y comprendido todo lo mencionado anteriormente.

Firma de la persona responsable _____ Fecha ____/____/____