

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PRESIONE FIRMEAMENTE AL ESCRIBIR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE)

Fecha _____

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____ Fec. Nac. _____ Edad _____ Estado civil _____ S C V D _____

Ciudad / Estado / Código postal _____ H / M _____ Ocupación _____

Tel. de casa (____) _____ Tel. del trabajo (____) _____ Tel. móvil (____) _____

Email _____ No. de SS _____

¿Cuál opción preferiría para recibir notificaciones: (encierra una): email / correo posta _____ Nunca se compartirá información personal.

Nombre del empleador _____ Título _____ Tel. del trabajo (____) _____

Dirección del trabajo _____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del cónyuge / padre / tutor _____ Relación _____

MÓVIL TELÉFONO: _____ TELÉFONO: _____

(si es el cónyuge, un teléfono que no sea el de casa)

LA INFORMACIÓN INCOMPLETA SOBRE EL SEGURO PUEDE RESULTAR EN UNA DENEGACIÓN DEL RECLAMO.

COMPañÍA PRIMARIA DEL SEGURO MÉDICO:

Parte responsable del pago: _____

RELACIÓN: _____

NÚMERO DE IDENT./ PÓLIZA: _____

NÚMERO DE GRUPO: _____

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR / ASEGURADO: _____

RELACIÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

No. DE TELÉFONO: _____

¿Quién es su médico de atención primaria? _____

Dirección/número de teléfono del médico de atención primaria _____

Lengua materna: _____ Servicio de intérprete requerido: Sí No

Instrucciones anticipadas: ¿Tiene instrucciones de salud anticipadas? Sí No (Si es así, proporcione una copia a nuestra oficina.)

¿Le gustaría recibir información sobre las instrucciones anticipadas? Sí No

Parte responsable: Recuerde que el seguro se considera un método para reembolsar al paciente los honorarios pagados a un médico, y no sustituye los pagos. Algunas compañías pagan prestaciones fijas, y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar cualquier deducible, co-seguro o cualquier otro saldo no pagado por su seguro.

CONSENTIMIENTO Y ASIGNACIÓN:

____ INICIALES - CONSENTIMIENTO PARA TRATAR: POR EL PRESENTE SOLICITO Y AUTORIZO AL WESTERN UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES PROPORCIONAR Y REALIZAR DICHA ATENCIÓN, PRUEBAS, PROCEDIMIENTOS, MEDICAMENTOS Y OTROS SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS/QUIRÚRGICOS QUE SE CONSIDEREN NECESARIOS O BENÉFICOS PARA MI SALUD Y BIENESTAR. COMPRENDO QUE ESTE CONSENTIMIENTO SE OTORGA EN ANTICIPACIÓN DE CUALQUIER SERVICIO ESPECÍFICO, PERO SE OTORGA PARA QUE EL WESTERN UNIVERSITY MEDICAL CENTER PUEDA EJERCER SU MEJOR JUICIO SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA QUE PUEDA SER NECESARIA PARA PROTEGER MI VIDA Y MI SALUD.

____ INICIALES - ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: POR EL PRESENTE ASIGNO DIRECTAMENTE AL WESTERN UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES TODOS LOS BENEFICIOS QUIRÚRGICOS Y/O MÉDICOS, SI LOS HAY, QUE DE OTRA FORMA ME SERÍAN PAGADEROS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. COMPRENDO QUE SOY ECONÓMICAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS, INDEPENDIEMENTE DE SI EL SEGURO LOS PAGA O NO.

FIRMA: _____ FECHA: _____
(SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, LA FIRMA DEL PADRE O TUTOR QUE AUTORIZA LOS TRATAMIENTOS)

POR FAVOR LLENE, FIRME Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL RECEPCIONISTA.

NOTA: Por favor infórmenos si cualquier parte de la información anterior cambia durante el curso de su tratamiento.

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Una de nuestras metas es proteger sus derechos de privacidad; por lo tanto, a menos que tengamos su permiso, no se proporcionará a nadie información respecto a su cuidado de salud y/o sus finanzas.

	Si	No
¿Podemos llamarle al trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Podemos llamarle a su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si respondió que no a ambas preguntas, ¿tiene un número alternativo (p. ej. teléfono celular)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Podemos dejarle mensaje (incluyendo información sobre citas) en su contestador oh buzón de mensaje de voz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Podemos enviarle un fax? Sí No. de fax: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Podemos enviarle un correo electrónico? Correo electrónico: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sólo proporcionaremos información de usted a las siguientes personas:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Firma del paciente/aval

Fecha

Este consentimiento es valido, al menos que sea revocado por escrito.



Eye Care Institute

AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFIAR AL PACIENTE

El paciente, tutor legal o el conservador, está de acuerdo que el Patient Care Center de Western University of Health Sciences pueda fotografiar me/el paciente, con el propósito de documentar mis progresos relacionados con mi salud. Mi firma a continuación indica que entiendo que:

- Las fotografías pueden tomarse para documentar mi cuidado y tratamiento actuales, y/o para documentar el progreso de dicho tratamiento.
- Las mismas disposiciones legales de derechos de privacidad a la confidencialidad del paciente aplican a cualquier fotografía tomada por el Centro.
- El Centro retendrá los derechos de propiedad de estas fotografías, pero se me permitirá acceso para verlas o para obtener fotocopias.
- Estas imágenes se almacenarán de forma segura que protegerá mi privacidad y que se mantendrán durante el periodo de tiempo requerido por ley.
- Las imágenes pueden utilizarse sin identificadores personales para fines didácticos, presentaciones académicas o científicas, carteras profesionales y propósitos no relacionados con la publicidad u otros intereses comerciales, como ejemplos de atención dental del odontólogo estudiante para entrevistas de trabajo.

Fecha

Firma del paciente/representante legal/custodio

Nombre del paciente en letra imprenta

Relación si lo firma alguien que no sea el paciente

Fecha

Firma del testigo

Nombre del testigo en letra imprenta

Nota: Una fotocopia o imagen electrónica de este documento será tan válida como la original



795 E. Second Street, Suite 2
Pomona, CA 91766-2007
Tel: (909) 706-3900

8686 Haven Avenue, Suite 200
Rancho Cucamonga, CA 91730-9110
Tel: (909) 706-3950

Eye Care Institute

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD CONFIRMACIÓN DE RECIBO

FECHA: _____, 20 _____

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Western University of Health Sciences (WesternU). Comprendo que la Notificación de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo WesternU puede usar y divulgar mi información de salud.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Si este formulario es completado por el representante legal del paciente, escriba su nombre con letra imprenta en las líneas siguientes:

Representante legal (en letra de imprenta)

Firma del representante legal

Relación:

This Section to be Completed by WesternU:

Complete this section if this form is not signed and dated by the patient or patient's personal representative.

I have made a good faith effort to obtain a written acknowledgement of receipt of WesternU's Notice of Privacy Practices but was unable to for the following reason:

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign
- Other _____

Employee Name (Print)

Employee Signature

Date

This form must be placed in the patient's medical record.