



EYE & COSMETIC SURGERY, LLC.

www.eyecandcosmeticsurgery.com
info@eyecandcosmeticsurgery.com

CONSULTORIO DE LAS VEGAS DEL NORTE

3210 E. Lake Mead Blvd.
N. Las Vegas, NV 89030
Teléfono: 702-642-7711
Fax: 702-642-8822

CONSULTORIO DE HENDERSON

1669 W. Horizon Ridge Pkwy #100
Henderson, NV 89012
Teléfono: 702-633-5888
Fax: 702-633-5999

Llene este formulario y tráigalo con usted el día de su visita.

PACIENTE

Nombre (apellidos, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono particular: _____ Teléfono profesional: _____
Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo
Fecha de nacimiento: _____ Número de la Seguridad Social: _____
Forma de contacto de emergencia (no en su domicilio): _____ Teléfono: _____
¿Cómo supo de nosotros? _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

PERSONA ASEGURADA O RESPONSABLE DE LA FACTURA:

Nombre (apellidos, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono particular: _____ Teléfono profesional: _____
Relación con el paciente: Cónyuge Progenitor Tutor legal Otra (especifique) _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de la Seguridad Social: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR:

Nombre del empleador: _____ Ocupación: _____
Dirección del empleador: _____ Teléfono del empleador: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Marque una de las clasificaciones principales de seguros:

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Atención gestionada por Medicare | <input type="checkbox"/> HMO/atención gestionada |
| <input type="checkbox"/> Champus | <input type="checkbox"/> Asistencia de Medicare | <input type="checkbox"/> Compensación laboral |
| <input type="checkbox"/> Comercial | <input type="checkbox"/> Seguro de automóviles | <input type="checkbox"/> Servicios médicos pagados por el propio usuario |

¿Se debe su visita a un accidente de automóvil o a un accidente relacionado con una lesión personal? Si No

TOMADOR DEL SEGURO (la persona que mantiene la cobertura del seguro)

Nombre del tomador: _____
Número de la póliza/del beneficiario: _____
Número del grupo: _____ Fecha de elegibilidad: _____
Si no era elegible, fecha en que presentó la solicitud: _____
¿Dispone de una cobertura de seguro secundaria? Si No No estoy seguro
En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros: _____

AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO Y PARA PAGAR LOS BENEFICIOS DEL SEGURO:

Por el presente documento, autorizo a Eye & Cosmetic Surgery, LLC a divulgar la información necesaria para procesar mis reclamaciones de atención sanitaria. Por otra parte, las cuotas de Medicare, Medigap o cualquier otro beneficio de seguro deberán pagarse a Eye & Cosmetic Surgery, LLC en mi nombre por cualquier servicio que el médico o los proveedores de esta consulta me hayan prestado. Se entiende que tengo una responsabilidad financiera ante Eye & Cosmetic Surgery, LLC por el deducible anual de Medicare, los pagos compartidos de atención gestionada y los cargos que no estén cubiertos por un plan de seguro. **Comprendo plenamente toda la información anterior.**

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si la información del paciente hace referencia a un menor (de 18 años y menos), el progenitor o el tutor deben firmar a continuación.

Firma del progenitor: _____ Fecha: _____