

## Forma De Registro Del Paciente De Rosin Eyecare

**Informacio Del Paciente**

Nombre: ( ) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 (Titulo)                      Primero                      Apellido

Direccion: \_\_\_\_\_ Sexo: H / M    Fecha De Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Numero De Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Ciudad                      Estado                      Codigo Postal

Etnicidad: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

# De Telefono Primario # \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    La mejor hora para llamar:  Cualquier hora     Antes de 5p.m.     Despues de 5 p.m

# De Telefono Secundario # \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    La mejor hora para llamar :  Cualquier hora     Antes de 5p.m.     Despues de 5 p.m.

Contacto De Emergencia # \_\_\_\_\_                      Ocupacion: \_\_\_\_\_                      Estudiante S/N  
 Correo Electronico \_\_\_\_\_                      Empleador: \_\_\_\_\_

Nuevo Paciente                       Paciente Anterior

**Referido Por:**  Calle                       Llamada recordatoria     Compania De Seguro     Guia Telefonica     Internet  
 Cupon /Correo     Empleado     Paciente     Profesional

**Nombre De Persona Referida:** \_\_\_\_\_

**Informacion De Seguro**

Relacion al miembro:

- Uno Mismo  
 Esposo(a)  
 Dependiente  
 Otro \_\_\_\_\_

Seguro De Vision: \_\_\_\_\_

Seguro Medico: \_\_\_\_\_

Nombre Del Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre Del Miembro: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento Del Miembro: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ID # o SS # \_\_\_\_\_                      Grupo # \_\_\_\_\_

Persona Responsable de pago (si es menor)  
 \_\_\_\_\_

Seguro Secundario y I.D. # \_\_\_\_\_

Direccion De Miembro (si es diferente)  
 \_\_\_\_\_

Por elegir Rosin Eyecare para sus necesidades de la vista. Somos felices de servirle, y miramos adelante a una relacion larga con usted, nuestro paciente valorado. En un esfuerzo para servirle eficientemente, hemos instituido la siguiente polica financiera. La polica debajo explica la comprension entre usted, el paciente, y nuestra oficina. Nuestra oficina, como cortesia, cobrara su seguro basado sobre la informacion que nos ha proporcionado, si somos participantes de su seguro. Es su responsabilidad proveernos la informacion completa y precisa. Se le pedira proporcionar esta informacion en una base anual. La falta de proporcionar la informacion necesaria y requerida por tu compania de seguros dara lugar a la negacion de su cobro. Se espera que los partidos de los asegurados sepan sus requisitos del plan y respeten por cualquier especificacion de su regimen de seguros. Ademas, si la informacion es preguntada por su compania de seguros, debe proporcionar esa informacion puntualmente. Si se niega su cobro, se convierte en su responsabilidad pagar el balance por complete. Firmando abajo, entiende que sera responsable del pago de cualquier servicio no pagado por su compania de seguro que incluye copagos, deductibles, coaseguro y servicios no cubiertos, y los servicios negados no cubiertos por el contrato entre nuestra oficina y su asegurador. Le asistiremos de cualquier manera posible estar seguros que el cobro esta manejado correctamente, nosotros archivaremos nuestro cobro de seguro para usted, y enviaremos una declaracion del cobro cuando hay un balance que se pagara por usted. En los casos donde se juzga necesario, nos reservamos la derecha de referir balances dispersos a una agencia de coleccion exterior. Guardando lineas de comunicacion abiertas y proporcionando la informacion precisa, puede estar seguro que sus cobros seran manejadas puntualmente y eficientemente.

**Firma:** \_\_\_\_\_                      **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

PRF7-8-08.KO