

## **DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE**

Formulario NVEC DEMO 2019

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M F  
**Teléfono particular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Dirección de correo:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado/Código postal:** \_\_\_\_\_  
**N.º de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Estado civil:** (marque con un círculo) S C D V Menor  
*(Necesario para Medicare, Medi-cal, pacientes con seguro oftalmológico o estudiantes con cobertura del seguro de sus padres)*  
**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Parte responsable:** \_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_ **Empleado por:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono del empleador:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad/Estado/Código postal:** \_\_\_\_\_ **Médico de cabecera:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono del médico de cabecera:** \_\_\_\_\_ **Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_  
**Relación:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_

**Información de la cobertura del plan de visión:** (MARQUE UNA OPCIÓN) [ ]VSP [ ]MES [ ]EYE MED [ ]Principal [ ]NVIH

**Titular de la póliza:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_/\_\_/\_\_ **N.º de SS:** \_\_\_\_\_

### **Información del seguro médico:**

<b>Primario:</b> _____	<b>Secundario:</b> _____
<b>Titular de la póliza:</b> _____	<b>Titular de la póliza:</b> _____
<b>Fecha de nacimiento:</b> _____	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____
<b>N.º de SS:</b> _____	<b>N.º de SS:</b> _____
<b>N.º de id.:</b> _____	<b>N.º de grupo:</b> _____
<b>N.º de id.:</b> _____	<b>N.º de grupo:</b> _____
<b>Relación:</b> Titular    Cónyuge    Padre/madre	<b>Relación:</b> Titular    Cónyuge    Padre/madre
<b>Otro</b> _____	

### **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

- Entiendo que North Valley Eye Care le facturará los servicios cubiertos a mi compañía de seguro médico. Si North Valley Eye Care no tiene un contrato con mi plan de seguro, se deberá efectuar el pago al momento de recibir el servicio y me entregarán un resumen de cuenta detallado con el que puedo facturarle a mi compañía de seguro.
- Autorizo y solicito que los beneficios del seguro se destinen directamente a North Valley Eye Care en mi nombre en concepto de todos los servicios prestados por cualquier médico empleado por North Valley Eye Care o sus entidades afiliadas.
- Entiendo que soy responsable de los deducibles, de los coseguros y de cualquier servicio sin cobertura. Los coseguros y los deducibles están basados en la determinación de cambio de mis compañías de seguro.
- Si no tengo seguro, entiendo que el pago se deberá efectuar al momento de recibir el servicio.
- Entiendo que soy financieramente responsable de todos los costos, independientemente de que mi seguro los pague o no.

### **REVELACIÓN DE INFORMACIÓN**

Autorización del seguro, revelación de los expedientes médicos, beneficios y asignaciones del seguro, responsabilidad y reconocimiento del paciente

- North Valley Eye Care, los empleados de su personal médico (incluido su médico) y los servicios de contratistas independientes han acordado, según lo permite la ley, compartir su información médica entre ellos en relación con el tratamiento, los pagos y la atención médica. De este modo, podemos abordar más eficientemente sus necesidades de atención médica. Se le proporciona esta información como complemento del Aviso de prácticas de privacidad que le dio North Valley Eye Care. En relación con el tratamiento, los pagos y la atención médica, autorizo la revelación de todos los expedientes médicos y de cualquier información sobre el seguro entre North Valley Eye Care, sus entidades afiliadas, mi médico de cabecera, las compañías de seguro y la Administración de Financiación de la Atención Médica (Health Care Financing Administration) para procesar los reclamos para los servicios relacionados.
- Por el presente, autorizo a la persona designada a revelar la información que sea necesaria para garantizar el pago.
- Autorizo la transmisión por fax y la presentación electrónica de dicha información.
- La digitalización o la fotocopia de esta designación tendrán la misma validez que el original.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** He leído y entendido completamente el consentimiento de evaluación y tratamiento mencionado arriba, la responsabilidad financiera, la revelación de la información médica y la autorización del seguro.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente/padre o madre/tutor/custodio      Fecha      Motivo por el que el paciente no puede firmar

**Si usted es un paciente fijo, le pedimos disculpas por cualquier inconveniente ocasionado. Sin embargo, tenemos la obligación de pedirle una firma por motivos relacionados con el seguro y de actualizar toda la información del paciente de manera anual. Gracias.**

North Valley Eye Care, 1700 Bruce Rd., Chico, CA 95928 (530) 891-1900