



Información del Paciente

Nombre del paciente: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

¿Desea recibir recordatorios por texto o correo electrónico? ☐ Sí ☐ No

Método de contacto preferido: ☐ Correo electrónico ☐ Mensaje de texto ☐ Llamada telefónica ☐ Otro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Estado civil: ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Niño(a) ☐ Otro

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Información del Titular del Seguro Médico

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Si el paciente es menor de 18 años, complete esta sección:

Padre/Madre o Tutor: _____ Relación con el paciente: _____

Número de Seguro Social del padre/madre o tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Formulario de Comunicación del Paciente

A. Familia y Amigos. Es la política de BoozmanHof Regional Eye Clinic, P.A. no divulgar información médica confidencial sobre su tratamiento a familiares o amigos, excepto en los siguientes casos: (i) Padre, madre o tutor legal; (ii) Personas expresamente autorizadas por el paciente; (iii) Cuando se pueda inferir razonablemente de las circunstancias; (iv) En situaciones de emergencia; (v) o cuando lo permita la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Si desea o necesita que su información médica se comparta con familiares, amigos o cuidadores (por ejemplo, niñeras), indique a continuación a quién autoriza. Si no desea que se proporcione información médica a una persona, marque la casilla "No" junto a su nombre. Al firmar este formulario, usted autoriza a las siguientes personas a recibir información relacionada con su atención o tratamiento.

Tipo de contacto y nombre	Número telefónico	¿Autorizar divulgar información?	¿Contacto de emergencia?
Espos(a):		☐ Sí ☐ No	☐ Sí
Padre / Madre:		☐ Sí ☐ No	☐ Sí
Amigo(a):		☐ Sí ☐ No	☐ Sí
Vecino(a):		☐ Sí ☐ No	☐ Sí
Otro:		☐ Sí ☐ No	☐ Sí

Nombre (en letra de molde): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor (si aplica): _____ Fecha: _____