

Silk Vision and Surgical Center

3301 Woodburn Rd. Suite 308
Annandale, VA 22003
Tel. 703.876.9700 Fax 703.876.9701

Información del paciente

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Apellido _____ Primer Nombre _____
Número de seguro social _____ - _____ - _____ Estado Civil: _____

Dirección de casa: _____ Correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ - _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____

Teléfono de trabajo: (____) _____ - _____ Otro número: (____) _____ - _____

Persona Responsable de factura: _____

Dirección de facturación (Si no es la misma que la anterior): _____

Médico de referencia: _____ Médico de primaria: _____

Persona a notificar en caso de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____ Número de emergencia: (____) _____ - _____

Alergias medicas: _____

Teléfono y farmacia preferida y la dirección: _____

Información del seguro

***Entiendo que es mi responsabilidad saber qué cubre o no mi seguro y si mi seguro está dentro o fuera de la red y entiendo que soy financieramente responsable de pagar todos los servicios no cubiertos

Seguro Primario: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

ID/ Policy #: _____ Group #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Empleador: _____

Es el seguro a través del empleador? (S/N): ____ Relación con el paciente: _____

Seguro Secundario: _____ Telefono: (____) ____ - _____

ID/ Policy #: _____ Group #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Telefono: (____) ____ - _____

Empleador: _____ - _____

Es el seguro a través del empleador? (S/N): ____ Relación con el paciente: _____

Por favor leer:

Autorizo el tratamiento de la persona mencionada anteriormente y acepto pagar todas las tarifas y cargos por dicho tratamiento. Entiendo que si tengo seguro y proporcioné información precisa y completa sobre mi seguro, mis cargos se presentarán ante mi compañía de seguros; sin embargo, la responsabilidad financiera por los servicios prestados a un paciente recae en última instancia sobre el paciente o la parte responsable. Entiendo que mi copago y/o el dinero del coseguro debe ser pagado en el momento del servicio. Si no tengo seguro o mis cargos no se van a presentar ante el seguro, el pago total debe ser pagado en el momento del servicio. Acepto reembolsar a Silk Vision los honorarios de cualquier agencia de cobro, que se agregarán a la cuenta en el momento en que se coloque con una agencia de cobro y puede basarse en un porcentaje de un máximo del 31 % de la deuda, y todos costos y gastos razonables, incluidos los honorarios razonables de abogados, incurridos en dichos esfuerzos de cobro. Por la presente autorizo la asignación y el pago directamente a Silk Vision and Surgical Center, de los principales beneficios médicos que se me deben por los servicios prestados por ellos.

Firma del paciente

Firma de la persona autorizada

Fecha

Declaración de HIPPA:

He leído la Notificación de práctica privada de Silk Vision & Surgical Center. Por la presente autorizo , Silk Vision & Surgical Center para proporcionar a mi compañía de seguros o agencia que autoriza , información con respecto a mi información protegida de la salud , a los fines de tratamiento , pagos u operaciones de atención médica . Además, autorizo al médico de Silk Vision & Surgical Center consultar, según sea necesario, a su plena discreción con otros proveedores de servicios médicos con respecto a mi atención médica. Deseo dejar las siguientes restricciones relativas a la divulgación de mi información de salud protegida:

Silk Vision and Surgical Center, puede discutir mi información medica / condición con las siguiente personas

1: _____ 2: _____ 3: _____

Firma del paciente

Firma de la persona autorizada

Fecha