



# EYEDOC DULLES

Dr. Joanna M Barnett & Associates Inc

|                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                |                                              |                      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------|--|
| NOMBRE DEL PACIENTE:                                                                                                                                            |  | FECHA DE NACIMIENTO:                                                                                                           |                                              | SSN#                 |  |
| DIRECCIÓN                                                                                                                                                       |  | CIUDAD                                                                                                                         |                                              | ESTADO               |  |
|                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                |                                              | CÓDIGO POSTAL        |  |
| SEXO:<br>FEMENINO    MASCULINO                                                                                                                                  |  | NO. DE CELULAR:                                                                                                                |                                              |                      |  |
| OCUPACIÓN:                                                                                                                                                      |  | MEJOR FORMA DE CONTACTARME (POR FAVOR MARQUE UNA):<br><input type="radio"/> TELÉFONO <input type="radio"/> CORREO ELECTRÓNICO  |                                              |                      |  |
| CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? (POR FAVOR MARQUE UNA):<br><input type="radio"/> LAS REDES SOCIALES <input type="radio"/> AMIGOS/FAMILIA <input type="radio"/> OTRO |  | NOMBRE DE SU DOCTOR:                                                                                                           |                                              |                      |  |
| REPRESENTANTE LEGAL (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD):<br>NOMBRE: _____<br>FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____<br>SSN #: _____                                  |  | REPRESENTANTE LEGAL (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD):<br>NOMBRE: _____<br>FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____<br>SSN #: _____ |                                              |                      |  |
| ESTADO CIVIL (PLEASE CIRCLE ONE):<br>SOLTERO    CASADO    SEPARADO    DIVORCIADO    VIUDO                                                                       |  | <b>Correo Electrónico:</b> _____                                                                                               |                                              |                      |  |
| SEGURO DE VISIÓN                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                | SEGURO MÉDICO                                |                      |  |
| NOMBRE DE EL TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO:                                                                                                                    |  |                                                                                                                                | NOMBRE DE EL TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO: |                      |  |
| FECHA DE NACIMIENTO:                                                                                                                                            |  | SEXO:                                                                                                                          |                                              | FECHA DE NACIMIENTO: |  |
| ____/____/____                                                                                                                                                  |  | FEMENINO    MASCULINO                                                                                                          |                                              | ____/____/____       |  |
| RELACIÓN CON EL PACIENTE:                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                | RELACIÓN CON EL PACIENTE :                   |                      |  |
| NOMBRE DE EL SEGURO DE VISIÓN:                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                | NOMBRE DE EL SEGURO MÉDICO:                  |                      |  |
| NUMERO DE LA POLIZA DE SEGURO :                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                | NUMERO DE LA POLIZA DE SEGURO:               |                      |  |
| GRUPO #:                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                | GRUPO #:                                     |                      |  |
| DIRECCIÓN DE EL <u>TITULAR DE LA PÓLIZA:</u>                                                                                                                    |  |                                                                                                                                | DIRECCIÓN DE EL <u>TITULAR DE LA PÓLIZA:</u> |                      |  |
| TELEFONO DE EL <u>TITULAR DE LA PÓLIZA:</u>                                                                                                                     |  |                                                                                                                                | TELEFONO DE EL <u>TITULAR DE LA PÓLIZA:</u>  |                      |  |
| EMPLEADOS DE EL <u>TITULAR DE LA PÓLIZA:</u>                                                                                                                    |  |                                                                                                                                | EMPLEADOS DE EL <u>TITULAR DE LA PÓLIZA:</u> |                      |  |

## PRIVACIDAD HIPAA

YO, \_\_\_\_\_ (NOMBRE COMPLETE O REPRESENTATE LEGAL DEL PACIENTE), HE RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA DE PRIVACIDAD (LA POLÍTICA) DE EYEDOC DULLES Y SE ME HA OFRECIDO UNA COPIA DE DICHA PÓLIZA PARA MANTENER EN MIS ARCHIVOS.

POR FAVOR ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA DE LAS SIGIENTES:

\_\_\_\_\_ YO CERTIFICO QUE CONOZCO Y QUE SE ME HA PROVISTO CON UNA COPIA DE LA POLÍZA.

\_\_\_\_\_ YO CERTIFICO QUE REUSÉ A RECIBIR UNA COPIA DE LA POLÍZA, EL PROVEEDOR PUEDE CONTINUAR TRATÁDOME.