

# Monterey County Eye Associates

## Registro de Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Seg. Soc. #: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Sexo: ☐ M ☐ F Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ☐ Soltero/a ☐ Casado/a

Empleador de Paciente: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio de Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Doctor Refiriendo: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia? \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

☐ Confirme mis citas/recordatorios vía correo electrónico: \_\_\_\_\_

Como oyó de nuestra oficina? ☐ Internet ☐ Aseguranza ☐ Paginas Amarillas ☐ Radio ☐ Otro: \_\_\_\_\_

☐ Paciente de nuestra oficina Nombre: \_\_\_\_\_

## Aseguranza Primaria

Persona Asegurada: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seg. Soc. #: \_\_\_\_\_

Trabajo de persona responsable: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Aseguranza: \_\_\_\_\_

## Aseguranza Secundaria

Persona Asegurada: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seg. Soc. #: \_\_\_\_\_

Trabajo de persona responsable: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Aseguranza: \_\_\_\_\_

# Continúa....

## Contrato de Aseguranza

**\*ESTAMOS CONTRATADOS CON VARIAS ASEGURANZAS, PERO ES SU RESPONSABILIDAD SABER SI ESTAMOS CONTRATADOS CON LA SUYA. SI NO ESTAMOS CONTRATADOS CON SU ASEGURANZA, PUEDE SER QUE LOS BENEFICIOS SEAN PAGADOS DIRECTAMENTE A USTED POR SU ASEGURANZA.**

A: \_\_\_\_\_  
Aseguranza Primaria Aseguranza Secundaria

Yo por lo presente autorizo a **MCEA** para entregar a su compañía o sus representantes, cualquier información inclusive el diagnostico y los registros de cualquier tratamiento/ cirugía, o los exámenes rendidos a mi durante el periodo de tal cuidado medico.

Autorizo también y solicito que su compañía pague directamente a **MCEA** la cantidad debida en mi reclamo pendiente para el tratamiento o servicios Médicos y/o Quirúrgicos, Mayores, Médicos, y Básicos, por la razón de tal tratamiento o servicios rendidos a: \_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente

**Yo entiendo que soy totalmente responsable por mi cuenta. Estoy de acuerdo a pagar copagos, deducibles y todo lo que mi aseguranza no cubra incluyendo recetas para lentes y 20 % de la consulta si tengo Medicare y no tengo aseguranza secundaria.**

**NOTA A CONSUMIDORES: Los doctores medicos son certificados y regulados por la mesa medica de California 800-633-2322, [www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov)**

X \_\_\_\_\_  
Firma de persona responsable Relación (si menor de 18) Fecha