

DE VERIFICACIÓN DE CITA - ADULTO

- Información actual del seguro médico, incluida la tarjeta de identificación.

- Identificación con foto

- Formularios de registro completos. Se pueden cumplimentar online pero deben imprimirse.

La hora de check-in es cuando el paciente presenta los formularios de registro completos, no cuando llega el paciente. Llegue entre 20 y 30 minutos antes de la hora de su cita si es necesario completar formularios en la oficina.

- Referencia/Autorización (si lo requiere su seguro)

- Lista de todos los medicamentos/suplementos que toma (incluidas las concentraciones/dosis)

- Información de la farmacia (nombre, dirección y número de teléfono)

- Por favor traiga un traductor, si es necesario.

- Los copagos y otros gastos de bolsillo se cobrarán al momento del check-in. Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las tarjetas de crédito.

- Anteojos y/o lentes de contacto (Por favor traiga cajas de lentes de contacto con información sobre los lentes).

- Si es relevante, traiga registros relacionados con su condición, como resultados relevantes de MRI/CT, resultados de laboratorio, etc. Si se sometió a una cirugía de estrabismo, obtenga una copia del informe operativo del cirujano y tráigalo a su cita.

- Por favor permita suficiente tiempo de viaje. Si llega más de 15 minutos después de la hora programada de su cita, es posible que se le solicite reprogramarla.

- Su evaluación inicial puede tardar varias horas; planifique en consecuencia.



Ideal EyeCare • 6028 S. Fort Apache Road, Suite 101 • Las Vegas, NV 89148

GRACIAS POR ELEGIR EL CUIDADO DE LA VISTA IDEAL

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial):		Fecha de nacimiento: Edad:
Número de Seguro Social:	Género:	Estado civil:
Teléfono móvil:	Correo electrónico:	
Teléfono de casa:		
Dirección:		Apt / Unidad #:
Ciudad (*): Estado (*): Código postal:		
Carrera: <input type="checkbox"/> Alaska <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Español/Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____		
Etnia:	Idioma preferido:	
Empleador:	Ocupación:	
¿Cómo se enteró de nosotros?		
<input type="checkbox"/> Búsqueda en Google/Internet <input type="checkbox"/> Anuncio de YouTube <input type="checkbox"/> Facebook/Instagram <input type="checkbox"/> Boca a boca <input type="checkbox"/> Referencia de un médico <input type="checkbox"/> Otro _____		
Farmacia:	Teléfono #:	Cruzar las calles:
Médico remitente:	Teléfono #:	
Médico de atención primaria:	Teléfono #:	
Contacto de emergencia:	Teléfono #:	

SEGURO PRIMARIO	SEGURO SECUNDARIO
Nombre del seguro:	Nombre del seguro:
IDENTIFICACIÓN #:	IDENTIFICACIÓN #:
Grupo #:	Grupo #:
Nombre del suscriptor:	Nombre del suscriptor:
Relación con el paciente:	Relación con el paciente:
Fecha de nacimiento del suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:

Contactos aprobados por HIPAA

Nombre	Teléfono:	Relación:	Fecha de nacimiento:
Nombre	Teléfono:	Relación:	Fecha de nacimiento:
Nombre	Teléfono:	Relación:	Fecha de nacimiento:

Firma del paciente o persona autorizada

Entiendo que incluso si Ideal EyeCare tiene contrato con mi plan de seguro, soy en última instancia responsable del pago de los servicios cubiertos y no cubiertos realizados durante el curso de mi tratamiento. Entiendo que cualquier pago cobrado hoy es una *estimación* de mi responsabilidad total y es posible que aún se deba dinero adicional una vez que mi plan de seguro haya procesado el reclamo. Solicito que el pago de los beneficios autorizados por mi plan de seguro se realice a Ideal EyeCare por los servicios prestados y solicito que Ideal EyeCare presente reclamaciones de pago por esos servicios en mi nombre a mi compañía de seguros. Autorizo la divulgación de toda la información médica a la compañía de seguros o sus agentes para permitir la determinación de beneficios o reclamos. Entiendo que si Ideal EyeCare no participa en mi plan de seguro o si he elegido recibir atención fuera de mi cobertura de seguro, asumo la responsabilidad financiera por todos los servicios prestados y no se presentará ningún reclamo a mi compañía de seguros en mi nombre. Certifico que la información proporcionada anteriormente es completa y precisa y asumo toda responsabilidad financiera causada por omisiones o inexactitudes.

Firma: _____

Fecha: _____

Firma del tutor legal: _____

Fecha: _____

¡También ofrecemos multitud de servicios de estética!

Ya sea que sus preocupaciones sean líneas finas y arrugas, pérdida de volumen facial, contorno corporal, manchas o pigmentos marrones, tratamiento/prevencción del acné y/o eliminación de tatuajes, tenemos soluciones avanzadas disponibles para cada tipo de piel.

Sí, me gustaría obtener más información. No, gracias. No estoy interesado.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Médico/especialista remitente: _____

¿Cuál es el motivo de la visita de hoy? _____

¿Necesita renovar su licencia de conducir dentro de los próximos 90 días? Sí No

Si usas gafas, ¿cuál es tu tipo preferido? (Por favor marque todo lo que corresponda)

- Solo distancia Solo lectura Solo computadora Bifocales Trifocales
 Progresivos (bifocales sin línea) Gafas de sol con receta Gafas de sol sin receta

¿Usas lentes de contacto? Sí No ¿Está interesado en lentes de contacto? Sí No

Gravedad de la reacción

alérgica

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo |
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo |
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo |
| _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo |

¿Está experimentando actualmente alguno de los siguientes síntomas? (Marque todas las opciones que correspondan y proporcione detalles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Posición anormal de la cabeza _____ | <input type="checkbox"/> Destellos/moscas volantes _____ |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa/disminuida _____ | <input type="checkbox"/> Resplandor/Sensibilidad a la luz _____ |
| <input type="checkbox"/> Visión doble _____ | <input type="checkbox"/> Crecimiento/protuberancia en la tapa _____ |
| <input type="checkbox"/> Párpado(s) caído(s) _____ | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza _____ |
| <input type="checkbox"/> Ojos secos _____ | <input type="checkbox"/> Picazón en ojos/párpados _____ |
| <input type="checkbox"/> Lesión ocular _____ | <input type="checkbox"/> Ojos rojos _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor/ardor en los ojos _____ | <input type="checkbox"/> Ojos llorosos _____ |
| <input type="checkbox"/> Desalineación de los ojos _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> NINGUNO (No estoy experimentando ninguno de estos síntomas) | |

Historial ocular pasado: (Marque todo lo que corresponda y proporcione detalles)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ambliopía (ojo vago) _____ | <input type="checkbox"/> Iritis/ uveítis _____ |
| <input type="checkbox"/> Afaquia _____ | <input type="checkbox"/> Queratocono _____ |
| <input type="checkbox"/> Astigmatismo _____ | <input type="checkbox"/> Degeneración macular (seca) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cataratas _____ | <input type="checkbox"/> Degeneración macular (húmeda) _____ |
| <input type="checkbox"/> Retinopatía Diabética _____ | <input type="checkbox"/> Miopía (Miopía) _____ |
| <input type="checkbox"/> Ojos secos _____ | <input type="checkbox"/> Neuritis óptica _____ |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma _____ | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipermetropía (hipermetropía) _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> NINGUNO (Nunca he tenido ninguna de estas condiciones) | |

Cirugías oculares anteriores: (Marque todas las que correspondan y proporcione detalles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blefaroplastia _____ | <input type="checkbox"/> Láser de Retina _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas _____ | <input type="checkbox"/> Reparación de RD _____ |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de córnea _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de estrabismo _____ |
| <input type="checkbox"/> Extracción de cuerpo extraño _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de glaucoma _____ |
| <input type="checkbox"/> LASIK/PRK/RK _____ | <input type="checkbox"/> Vitrectomía _____ |
| <input type="checkbox"/> Reparación de ptosis _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Tapones puntales _____ | <input type="checkbox"/> NINGUNO (nunca me he sometido a una cirugía ocular) |

MUJERES: ¿Estás embarazada o amamantando? Sí No

HOMBRES: ¿Alguna vez ha tomado medicamentos para la próstata/alfabloqueantes? Sí No En caso afirmativo, marque qué medicamento(s): Flomax Tamsulosina Hytrin Cardura Saw Palmetto Doxazosina Terazosina Uroxatral Rapaflo

Farmacia preferida (nombre y cruce de calles) _____

Medicamentos sistémicos: (enumere todos los medicamentos de venta libre/suplementos/medicamentos recetados que toma, incluida la dosis/concentración) Consulte la Lista de medicamentos (página separada) **NINGUNO** (No tomo medicamentos (OTC oRX)/vitaminas/suplementos)

Medicamentos oculares: (enumere **todos** los medicamentos de venta libre/suplementos/recetados, incluida la dosis/potencia, o adjunte una página separada)

Enfermedades/condiciones oculares significativas: (Marque todas las que correspondan y proporcione detalles)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parálisis de Bell _____ | <input type="checkbox"/> Meningitis _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumor cerebral _____ | <input type="checkbox"/> Miastenia gravis _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple _____ |
| <input type="checkbox"/> Varicela/culebrilla _____ | <input type="checkbox"/> Parkinson _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide _____ |
- Tipo I Tipo II Controlado por dieta Uso de insulina Uso de medicamentos orales
BSL promedio _____ Nombre del médico que controla su diabetes (internista/endocrinólogo) _____
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migraña _____ | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/AIT _____ |
| <input type="checkbox"/> Herpes simple _____ | <input type="checkbox"/> Sífilis _____ |
| <input type="checkbox"/> Histoplasmosis _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides _____ |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión _____ | <input type="checkbox"/> NINGUNA (Nunca he tenido ninguna de estas condiciones) |

Otras enfermedades médicas pasadas (marque todas las que correspondan y proporcione detalles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> MRSA _____ |
| <input type="checkbox"/> ICC _____ | <input type="checkbox"/> Osteoartritis _____ |
| <input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema _____ | <input type="checkbox"/> Polimialgia _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico _____ |
| <input type="checkbox"/> Eccema _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de audición _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel _____ |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco (IM) _____ | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño _____ |
| <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos irregulares (arritmia) _____ | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal _____ | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
- NINGUNO** (Nunca he tenido ninguna de estas condiciones)

Otras cirugías/operaciones sistémicas: (incluya las fechas realizadas y solicite una página separada si es necesario)

- Consulte la Lista de procedimientos (página separada) **NINGUNO** (Nunca me he sometido a ningún tipo de cirugía o procedimiento)

Historia familiar (Marque todo lo que corresponda y circule qué miembro de la familia) **Historia familiar desconocida**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ceguera | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Estrabismo | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Ambliopía (ojo vago) | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Degeneración macular | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | Padre / Hermano / Abuelo materno / Abuelo paterno |

Historia social:

- ¿Fuma/vapea tabaco? Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto y con qué frecuencia? _____
- ¿Alguna vez has fumado tabaco? Sí No ¿Utiliza otros productos de tabaco? Sí No
- ¿Bebes alcohol? Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto y con qué frecuencia? _____
- ¿Usas drogas recreativas? Sí No En caso afirmativo, ¿qué sustancia y con qué frecuencia? _____

¿Le molestan los ojos secos? Indique qué síntomas experimenta:

- Ardor Fatiga ocular Sensación arenosa/arenosa Dolor Irritación Ojos llorosos

¿Utilizas lágrimas artificiales? Sí No ¿Qué marca y con qué frecuencia? _____

¿Utiliza Restasis, Cequa o Xiidra con regularidad? Sí No

¿Has recibido alguno de estos tratamientos?:

- Tapones puntales LipiFlow Gotas de suero sanguíneo autólogas IPL (luz pulsada intensa) Prokera iLux BlephEx

He completado este formulario con la mayor precisión posible. Entiendo que proporcionar información incorrecta u omitir información puede ser peligroso para mi salud y es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en mi estado de salud.

Firma: _____

Fecha: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS (Marque cualquiera/todos los síntomas/condiciones que experimenta *actualmente*)**Oídos , Nariz y Garganta**

- Discapacidad auditiva
- Zumbido en los oídos
- Vértigo
- Herpes labial
- Boca seca
- Sinusitis

Cardiovascular-Corazón

- Dolor en el pecho
- Mareos
- Desmayos
- Dificultad para respirar
- Latidos cardíacos irregulares (arritmia)
- Fibrilación auricular
- Dificultad para acostarse
- Hinchazón de las piernas
- Palpitaciones
- Coágulos de sangre (TVP)
- Colesterol alto

Constitucional

- Fatiga/Debilidad
- Fiebre
- Aumento/pérdida de peso

Respiración respiratoria

- Tos
- Congestión
- Sibilancias
- Asma
- Dificultad para respirar
- Enfisema
- Tuberculosis
- Apnea del sueño
- CPAP con oxígeno
- CPAP sin oxígeno

Enfermedad Gastrointestinal-Estómago

- Reflujo ácido/acidez de estómago
- Náuseas/vómitos
- Ictericia/Hepatitis
- Dolor abdominal
- Diarrea
- Colitis-ulcerosa
- Diverticulitis/Diverticulosis
- Úlcera de estómago gástrico
- Hernia de hiato
- Síndrome del intestino irritable
- Enfermedad de Crohn

genitourinario

- Dolor/Dificultad
- Sangre en la orina
- Historia de los cálculos renales
- Historia de ETS
- Alta
- Incontinencia urinaria
- Diálisis crónica
- Próstata agrandada
- Insuficiencia renal
- Enfermedad uterina

Psiquiátrico

- Ansiedad
- Depresión
- Cambios de humor
- Dificultad para dormir

Endocrino

- Aumento de la sed
- Aumento del hambre
- Aumento de la micción
- Aumento de la sudoración
- Cambios en las uñas
- Intolerancia a la temperatura

Hematológico/linfático (sangre)

- Fácil aparición de hematomas
- Las encías sangran fácilmente
- Sangrado prolongado
- Uso excesivo de aspirina
- Coágulos de sangre
- Hipertermia Maligna
- Enfermedad hepática

Musculoesquelético (músculos, articulaciones y huesos)

- Rigidez
- Artritis
- Dolor en las articulaciones
- Hinchazón de las articulaciones
- Dolor de espalda
- Debilidad
- Gota
- Osteoporosis
- Osteopenia

Tegumentario (Piel)

- Erupción
- Llagas
- Lesiones
- La urticaria
- Eccema
- Lugares de café con leche
- Psoriasis
- Rosácea

Neurológico

- Convulsiones
- Debilidad/Parálisis
- Entumecimiento
- Temblores
- TDAH/TDA
- Alzheimer
- Demencia
- Parálisis cerebral
- Esclerosis Múltiple
- Distrofia muscular
- Enfermedad de Parkinson
- Fibromialgia
- Mini accidentes cerebrovasculares (AIT)
- Accidente cerebrovascular (ACV)
- Pérdida de memoria
- Alucinaciones

Inmunológico/inflamatorio

- Urticaria
- Alergias estacionales
- VIH
- SIDA
- Lupus eritematoso
- Miastenia grave
- Artritis reumatoide
- Sarcoidosis
- Enfermedad celíaca
- Hepatitis
- Tipo A
- Tipo B
- Tipo C
- Tipo D
- Tipo E
- Otro: _____
- Síndrome de Guillain-Barré
- Síndrome de Sjögren
- Arteritis temporal
- Espondilitis anquilosante

Historia de enfermedad infecciosa (latente)

- Varicela (varicela)
- Herpes zóster
- SARM
- Meningitis
- Tuberculosis

Desordenes genéticos

- Anomalía cromosómica
- Síndrome: _____
- Retinosis pigmentaria
- Síndrome de Down
- Otro: _____

Cáncer

- Vejiga
- Pecho
- Colón
- Linfoma de Hodgkin
- Linfoma no Hodgkin
- Próstata
- Piel
- Célula basal
- Célula escamosa
- Melanoma
- Leucemia
- Pulmón
- Linfoma
- Ovario
- Tiroides
- uterino
- cervicales
- Otro: _____

Tipo de tratamiento:

- Cirugía: _____
- Radiación: _____
- Quimioterapia: _____

La siguiente información se refiere a su cuenta en Ideal EyeCare. Si tiene preguntas o inquietudes sobre la información contenida a continuación, discútalas con nuestro personal. Esperamos brindarle a usted y a su familia una atención excelente para todas sus necesidades de atención oftalmológica.

- El pago vence en el momento en que se prestan los servicios. Esto puede incluir copagos, deducibles, coseguros, servicios no cubiertos, etc. Para su comodidad, aceptamos todas las principales tarjetas de crédito, así como tarjetas de débito, efectivo y cheques.
- Es su responsabilidad conocer la cobertura de su seguro y proporcionar a nuestra oficina la información más actualizada y precisa. Si bien nuestro personal tiene un gran conocimiento sobre muchos planes de seguro, no conocemos todos los planes ya que cambian constantemente. No podemos responsabilizarnos por beneficios o elegibilidad mal cotizados.
- La determinación de su visión mejor corregida se llama **refracción**. La mayoría de las compañías de seguros consideran que este es un **servicio/procedimiento no cubierto**. Usted será responsable de la tarifa de **\$55.00** cuando se realice este servicio. Los pacientes con estrabismo son responsables de una tarifa adicional de \$40.00 por una refracción de prisma (total \$95.00). Facturaremos este servicio a su seguro como cortesía y, si pagan alguna parte, se le reembolsará el monto del pago.
- Para aquellos pacientes en seguimiento por estrabismo, se realizará un examen sensoriomotor en cada visita. Este servicio es independiente de la visita al consultorio y su seguro puede considerarlo una prueba de diagnóstico, lo que generará un costo adicional de su bolsillo.
- Si su seguro requiere una remisión, usted es responsable de comunicarse con su médico de atención primaria/pediatra para obtener dicha remisión. También es su responsabilidad verificar que haya referencias válidas archivadas para cualquier atención de seguimiento.
- Todos los pacientes que “pagan por cuenta propia” deben pagar el total en el momento en que se prestan los servicios. Ampliaremos un descuento en efectivo del 20 % por pronto pago en todos los servicios profesionales y le proporcionaremos un recibo detallado.
- Nuestra oficina **no** acepta gravámenes de seguros, compensación laboral ni gravámenes de abogados. El pago es responsabilidad del paciente y debe realizarse en su totalidad al momento del servicio.
- Todos los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de procesamiento de \$35.00 y resultarán en la negativa a aceptar pagos futuros mediante cheque.
- Si los padres están divorciados, el padre que trae al niño para recibir tratamiento es en última instancia responsable del pago, independientemente de los términos de cualquier sentencia de divorcio o acuerdo de custodia.
- Todos los saldos pendientes deben pagarse en su totalidad antes de programar la cirugía, excepto en casos de emergencia.
- Todas las cuentas morosas pueden enviarse a una agencia de cobranza y es posible que se le cobren todos los honorarios de cobranza y abogados correspondientes. Una vez que una cuenta haya sido transferida a cobranzas, usted y sus familiares directos serán **dados de alta** de la práctica.
- A cualquier saldo de crédito de cuenta inferior a \$2,00 no se le emitirá un cheque de reembolso.
- Cobramos una tarifa de \$25.00 por página para todos y cada uno de los formularios que requieren la firma y revisión del médico. Este servicio no se facturará a su cuenta ni a su compañía de seguros. El pago debe realizarse antes de que se entreguen los formularios. Se proporcionará un recibo en el momento del pago.
- Se cobrará una tarifa de **\$50.00 por todas las NO PRESENTACIONES** o citas perdidas que no se cancelen dentro de las 24 horas posteriores a su cita programada. Esta cantidad será requerida antes de su próxima cita programada. Como cortesía para todos los pacientes, intentaremos avisarle con una llamada recordatoria 48 horas antes de su visita. Es muy importante que mantenga nuestra oficina actualizada con su información más actualizada.

Entiendo que incluso si Ideal EyeCare tiene contrato con mi plan de atención médica, soy en última instancia responsable del pago de los servicios cubiertos y no cubiertos realizados durante el curso de mi tratamiento. Solicito que el pago de los beneficios autorizados por mi plan de seguro se realice en mi nombre a Ideal EyeCare por los servicios prestados y solicito que Ideal EyeCare presente reclamaciones de pago por esos servicios en mi nombre a mi compañía de seguros. Autorizo la divulgación de información médica a la compañía de seguros o sus agentes para permitir la determinación de beneficios o reclamos.

Firma del paciente/Firma del tutor legal: _____

Fecha: _____

Por favor imprima el nombre del paciente: _____

Fecha: _____