



Patient Information Form
(Please Print)

Patient Name:		Age:	Date of Birth:
Email:		Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Home Phone:	Cell Phone:		Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed
Address:			
City:	State:	Zip:	
Check One: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian/Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian/Eskimo/Aleut <input type="checkbox"/> Other _____			
Preferred Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____			
Social Security #:		Driver's License #:	
Employer:	Occupation:	Work Phone:	
Family Physician:		Physician Phone:	
Spouse/Parent Name:		Spouse/Parent Birthdate:	
Spouse/Parent Phone:		Spouse/Parent Employer:	
Emergency Contact:		Phone:	
Referral Information: Doctor Name: _____ Office Phone: _____ Specialty: _____			

I request Braverman-Terry-Oei Eye Associates and Staff perform those tasks necessary for medical care. I understand I may be given a return appointment to follow up on my ocular status or condition. In the event, for any or no reason, I do not keep the return appointments nor promptly re-schedule, I will not hold Braverman-Terry-Oei Eye Associates, its physicians, and/or staff responsible for any resulting consequences.

I authorize Braverman-Terry-Oei Eye Associates release to the Social Security Administration or its intermediaries any information needed for this or related Medicare Insurance claim to include my Medigap insurance. I permit a copy of this authorization be used in place of the original, and request payment of medical insurance benefits be made to the doctor who accepts assignment of any bills for services rendered to me. I understand I will be financially responsible for my yearly Medicare deductible and 20% co-pay portion should my Medigap insurance not cover this portion.

The patient was informed at the time their appointment was scheduled the examination would take approximately two hours; eyes would be dilated, and would need to arrange for a driver to return home. Also, all charges will be submitted to insurance and the patient is responsible for their copay/coinsurance/deductible at the end of the visit.

Patient's Signature: _____

Date: _____

Datos Personales
 (Por favor letra de imprenta)

Nombre:		Edad:	Fecha de nacimiento:
Correo electrónico:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Teléfono:	Celular:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)	
Domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Marque uno: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian/Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian/Eskimo/Aleut <input type="checkbox"/> Other _____			
Idioma: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____			
# Seguro Social:		# Licencia de conducir:	
Empleador:	Ocupación:	Teléfono del trabajo:	
Médico de Familia:		Teléfono de su Médico:	
Nombre de esposo (a):		Fecha de nacimiento de esposo(a):	
Teléfono de esposo (a):		Empleador de esposo (a):	
Contacto de emergencia:		Teléfono:	
¿ Cúal Médico lo recomendó?			
Nombre: _____ Teléfono: _____ Especialidad: _____			

Doy permiso a Braverman-Terry-Oei Eye Associates que me den atención médica. Yo entiendo que me pueden dar una cita con el fin de dar seguimiento a la situación o condición ocular. En caso de que, por cualquier motivo, no acudo a esta cita o no restablezco prontamente la cita, estoy de acuerdo a no inculpar a Braverman-Terry -Oei Eye Associates, sus médicos, y sus empleados de ninguna consecuencia resultante.

Yo autorizo a Braverman-Terry-Oei Eye Associates que faciliten a la Administración del Seguro Social o intermediarios información necesitada o relacionada a esta reclamación del Seguro de Medicare incluyendo mi seguro de Medigap. Permito que presenten una copia de esta autorización para reclamar pago de los servicios médicos rendidos a mí por un doctor que acepte mi seguro médico. Entiendo que soy responsable financieramente por el deducible anual de Medicare y el 20% copago en caso de que mi seguro de Medigap no cubra esta porción.

Se le informo al paciente que la cita puede durar aproximadamente dos horas, que sus ojos serán dilatados, y que es necesario tener un conductor consigo que lo pueda llevar a casa. También, todos los cargos serán sometidos al seguro y el paciente será responsable por el copago/coaseguro/deducible al terminar la cita.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____