

Patient Paperwork / Formulario para nuevo paciente

1. Patient Information / Información del Paciente

Name / Nombre: _____

Address / Dirección: _____ Apt: _____

City, State & Zip Code / Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____ SSN/Número de Seguro Social: _____

Home Phone/Teléfono de Casa: _____ Work / Trabajo: _____

Cell Phone/ Celular: _____ Email/Correo Electrónico: _____

Gender / Género: _____ Preferred Language/Idioma de Preferencia: _____

Marital Status / Estado Civil:

Single/Soltero(a) Married/Casado(a) Divorced/Divorciado(a)

Widowed / Viudo(a) Other / Otro

Race / Raza:

African American / Afroamericano o Negro Asian / Asiático White / Blanco

American Indian or Alaska Native / Indio Americano o Nativo de Alaska

Native Hawaiian or Pacific Islander / Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico

Other / Otro Decline / Prefiero no responder

Ethnicity / Grupo Étnico:

Hispanic or Latino / Hispano o Latino Not Hispanic or Latino / No Hispano o Latino

Other / Otro Decline / Prefiero no responder

Pharmacy Name / Nombre de Farmacia: _____

Pharmacy Address & Phone / Dirección y Teléfono de Farmacia:

Emergency Contact(s) / Contacto(s) de Emergencia: _____

2. Insurance Information / Información del Seguro

Primary Insurance / Seguro Primario: _____

Member ID / ID de Miembro: _____

Subscriber Name / Nombre del Suscriptor: _____

(If different from above)

Relationship / Relación: _____

Authorization / Autorización:

I hereby authorize insurance benefits to be paid directly to Retina Associates, P.A. / Por la presente autorizo que el beneficio de mi seguro se pague directamente a Retina Associates, P.A.

Patient Signature / Firma del Paciente: _____ Date / Fecha: _____

3. Financial Arrangements / Arreglos Financieros

Policy / Política:

I understand I am responsible for copays, deductibles, and services not covered by insurance. / Entiendo que soy responsable de los copagos, deducibles y servicios no cubiertos por el seguro.

Printed Name / Nombre en Letra de Molde: _____

Signature / Firma: _____ Date / Fecha: _____

4. Informed Consent for Dilation / Consentimiento Informado para Dilatación

I authorize Retina Associates, P.A. to administer dilating drops as necessary. / Por la presente autorizo a Retina Associates, P.A. a administrar gotas dilatadoras según sea necesario.

Patient Signature / Firma del Paciente: _____ Date / Fecha: _____

6. Notice of Privacy Practices (Summary) / Aviso de Prácticas de Privacidad (Resumen)

We may use or disclose your health information for treatment, payment, healthcare operations, and as required by law. / Podemos usar o divulgar su información de salud para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y según lo requiera la ley.

Your Rights / Sus Derechos:

- Request restrictions / Solicitar restricciones
- Request confidential communications / Solicitar comunicaciones confidenciales
- Inspect and copy records / Inspeccionar y copiar registros
- Request amendments / Solicitar correcciones
- Receive disclosure report / Recibir informe de divulgaciones

Contact / Contacto: Privacy Officer, Retina Associates, P.A. / Oficial de Privacidad, Retina Associates, P.A.

7. Acknowledgment of Receipt / Reconocimiento de Recibo

I acknowledge that I have received a copy of the Notice of Privacy Practices. / Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Printed Name / Nombre en Letra de Molde: _____

Signature / Firma: _____ Date / Fecha: _____

If patient is a minor / Si el paciente es menor: I am the parent/legal guardian. / Soy el padre/tutor legal.

MEDICAL RELEASE AUTHORIZATION FORM

Patient Information

Full Name: _____ Date of Birth: _____
Phone Number: _____ Address: _____

I hereby authorize **Retina Associates P.A** to release and/or obtain my medical information, including but not limited to diagnoses, treatment records, test results, billing information, and other protected health information (PHI), as permitted under applicable privacy laws.

This information may be shared with:

- Other physicians or healthcare providers involved in my care
- Hospitals, laboratories, or imaging centers
- Insurance companies for billing and claims processing
- Authorized individuals listed below

Authorized Individuals (Optional) (Individuals allowed to receive medical information)

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____
Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Acknowledgment & Consent

- I understand that my medical information may be protected under HIPAA regulations.
- I understand that I may revoke this authorization at any time in writing, except to the extent that action has already been taken.
- I understand that this authorization will remain in effect unless otherwise revoked.

Signature: _____ Date: _____