



Dr. Bruce Howell O.D. 2200 Hwy 16 South Graham, TX 76450 (940) 549-1800

**Informacion Del Paciente**

**Por Favor Imprima**

Nombre: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Cuidad / Estado / Codigo postal: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

# Casa : \_\_\_\_\_ # de Trabajo: \_\_\_\_\_ # de Celular: \_\_\_\_\_

Metodo Preferido de Contacto: *(circule uno)* Casa Trabajo Celular Correo Electronico

Doctor Medico: \_\_\_\_\_

A Quien Podemos Agradecer por referirlo(a)? \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Esposo(a): \_\_\_\_\_

Hijos en el Hogar (con Edad): \_\_\_\_\_

**Informacion De Aseguranza:** *Por favor proporcione la informacion de su Aseguranza antes de su cita.*

Seguro De Vision: \_\_\_\_\_ Seguro Social del Miembro: \_\_\_\_\_

Seguro Medico: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_

**Su Pago es requerido el dia de su visita y o cuando se ordena sus lentes. Used es responsable de todos los cargos que no sean cubiertos por su aseguranza.**

Al firmar abajo yo Entiendo que , bajo la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 ( HIPAA ), tengo ciertos derechos de privacidad respecto a mi información protegida de la salud . Entiendo que esta información puede y será utilizada para : conducta , planear y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en el tratamiento directa e indirectamente ; y obtener el pago de terceros pagadores ; y llevar a cabo las operaciones normales de salud , tales como las evaluaciones de calidad y certificaciones médicas . Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Privacidad de Graham Eye Care , y yo estoy de acuerdo en las políticas financieras de la oficina .

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Dia:** \_\_\_\_\_