

**Dr. Traer Caywood, Dr. Rick Winward & Dr. Tim Seiter**  
**Utah Valley Optometric Physicians, LLC**

**Información personal - Por favor escriba todo legiblemente**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  
Prefijo:  Sr.  Sra.  Srta.  Dr. Nombre preferido: \_\_\_\_\_  
Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Otro/a Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Estado de empleo:**  Jubilado  Empleado  Estudiante a jornada completa  Estudiante a tiempo parcial  Niño/a  Ama de casa

**Raza:**  Nativo de América del Norte o Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Hispánico  Hawaiano o nativo de la Polinesia  Blanco o caucásico

**Permiso para compartir información personal de la salud**

Autorizo a las personas siguientes para recibir documentos o materiales médicos por mí:

Primario: \_\_\_\_\_ Secundario: \_\_\_\_\_ Terciario: \_\_\_\_\_

**Información de contacto** (Si incluye Ud. su correo electrónico, consiente a recibir avisos para sus citas, boletines informativos y publicidad de nuestra oficina)

Teléfono de hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Forma de contacto preferida:  teléfono  trabajo  celular  texto  correo electrónico

**Cómo fue referido a nuestra oficina?**  Seguro  Páginas amarillas/guía telefónica  Sitio web  Periódico  Facebook  
 Escuela  Internet  Una clínica de otro doctor: \_\_\_\_\_  Individuo: \_\_\_\_\_

**Información de relación/titular de la póliza**

Responsable de la cuenta: \_\_\_\_\_ La relación del paciente a la persona responsable:  Uno mismo  Cónyuge  Hijo/a  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Número telefónico en caso de emergencia: \_\_\_\_\_  
Doctor principal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha de examen más reciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Información de seguro**

Seguro primario: \_\_\_\_\_ Seguro secundario: \_\_\_\_\_  
Asegurado: \_\_\_\_\_ Asegurado: \_\_\_\_\_  
# de póliza: \_\_\_\_\_ # de póliza: \_\_\_\_\_  
Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_ Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LEA Y FIRME**

**Información sobre la responsabilidad financiera**

Pagos médicos para todo servicio es la responsabilidad del paciente y es esperado al tiempo de servicio.

Estoy dispuesto/a pagar todo gasto de cualquier agencia de colección que me detenga para seguir este asunto. También estoy dispuesto/a a pagar interés a cualquier balance aún no pagado (al precio de 1.5% por mes, o 18% por año.) Yo entiendo que hay un sobrecargo de \$25.00 para todo cheque que sea devuelto sin fondos.

Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica con respecto a mi enfermedad y tratamiento por esta clínica a mi compañía de seguro y la Administración Financiera de Salud o sus agentes. También autorizo hacer público mi información personal médica a cualquier doctor a quien yo sea referido/a para una consulta. Autorizo mi beneficio médico pagar al proveedor del centro. Entiendo que cualquier otra información sobre mí, incluyendo mi receta para anteojos o lentes de contactos no será compartida con nadie más sin mi consentimiento escrito.

Por la presente autorizo todo procedimiento, incluyendo dilatación de los ojos, como sea necesario para mi salud. También autorizo tratamiento si el paciente es menor de edad.

**Reconocimiento de recibo:**

Reconozco que he recibido las pólizas siguientes de la oficina de los Drs. Caywood, Winward y Seiter:

Información sobre la responsabilidad financiera  Comprendiendo el seguro  Notificación de prácticas de privacidad

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del guardián legal Escriba el nombre Fecha de hoy

Sólo para el uso de la oficina:  Dr. TC  Dr. RW  Dr. TS  uploaded pt doc pg