

Fecha	No. De Cuenta	No De Expediente	Orto ID	Uso Interno
-------	---------------	------------------	---------	-------------

Informacion Sobre El Paciente

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Género	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Age	Uso Interno
Direccion 1			Telefono		How did you hear of us?		
Direccion 2			Telefono				
Ciudad		Estado	Codigo Postal	Empleador		Occupación	
Persona de Notifical		Phone		Farmacia		Telefono	

Médico	Family Physician	Referido
---------------	-------------------------	-----------------

Compania de Seguro	Numero Y Direccion	Numero de Persona Responsable	Relacion	Copago	No. de Suscriptor	No de. Grup
1						
2						
3						

Personal Responsible O Nombre de Otras Persona Responsable de Estacuenta

1	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Género	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Uso Interno
Direccion 1			Telefono Personal		Telefono de		Direccion de Email
Ciudad		Estado	Codigo P	Empleador		Occupación	
2.	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Género	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Uso Interno
Direccion 1			Telefono Personal		Telefono de		Direccion de Email
Ciudad		Estado	Codigo P	Empleador		Occupación	

HIPAA Approved Contacts

1.	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Género	Fecha de Nacimi	Uso Interno	Relacion	
Direccion 1		Ciudad		Estad	Codigo Post	Telefono Personal	Telefono de Celu	Telefono de Empleado

Currently enrolled in Nursing Facility or Hospice? Yes ___ No ___
If Yes Facility Name/Address _____

Trapasu de Lus Benefiaius Dec Seguro y Autorizacion Para la Divalgacion de Informacion

I the undersigned give my authorization to treat and assign directly to Fort Worth Eye Associates , all medical benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am ultimately financially responsible for all approved and covered charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize the doctor to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all my insurance submissions. I understand that payment is expected at the time of service.

I acknowledge receipt of the Practice's Notice of Privacy Practices. I authorize the Practice to use and disclose my health information for purposes of treating me, obtaining payment for services rendered to me, and conducting healthcare operations.

Firma	Fecha de Firma	Fort Worth Eye Associates	Phone: 817-732-5593
X		5000 Collinwood Ave Fort Worth, TX 76107	Email:

Please attach all pertinent insurance ID cards for photocopying.