



DESERT OPHTHALMOLOGY

1180 N. Indian Canyon Drive W100
Palm Springs, CA 92262
(760) 320-8497

72650 Fred Waring Drive Ste 109
Palm Desert, CA 92260
(760) 776-8600

Fax 760-320-5444

Registration Form - Please complete form entirely

Forma de Registro – llene la forma completa

Date:

Fecha

How did you hear about us / Referred by: _____ Primary Doctor _____
Como se enteró de nosotros / Referido por Doctor de Cabecera

Patient Legal Name: _____ DOB: ____/____/____ Age: ____
Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento Edad

Address: _____ Sex: Male / Female
Direccion Sexo: Masculino / Femenina

City / State _____ Zip: _____ SSN: _____ - _____ - _____
Ciudad/Estado Codigo Postal Numero de Seguro Social

Home Phone: (____) _____ - _____ Work: (____) _____ - _____ Cell: (____) _____ - _____
Numero de Telefono Numero de Trabajo Celular

Marital Status: _____ E-Mail Address: _____ @ _____
Estado Marital Correo Electronico

Name of Emergency Contact: _____ Phone: _____ Relation: _____
Nombre de contacto de emergencia Telefono Relación

Primary Insurance: _____ Secondary Insurance: _____
Seguro Primario Seguro Secundario

Policy # _____ Policy # _____

Preferred Language: _____ Race: _____ Ethnicity: _____
Idioma Preferido Raza Etnicidad

I authorize the office to speak to the following people regarding my financial account, appointments, lab results, and test results. (Autorizo a la oficina para hablar con las siguientes personas con respecto a mi cuenta financiera, citas, resultados de laboratorio y resultados de pruebas.)

1. _____ Phone: _____ Relation: _____
2. _____ Phone: _____ Relation: _____
3. _____ Phone: _____ Relation: _____

Please turn over to back side / Favor de completar la parte posterior

www.DesertEyeDoc.com

HIPAA PRIVACY RIGHTS AND AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION: At your request, we can provide you with a copy of HIPAA rights and authorization statements. I give my consent for disclosure of my medical records related to treatment.

Initial _____

PLEASE STOP at the CHECK-OUT COUNTER before leaving our office. Co-pays are required on the date of service. As a part of our service, we will submit your insurance claims but cannot assure payment. You are fully responsible for unpaid balances for products purchased and services rendered.

NO personal checks accepted.

Initial _____

RELEASE OF INFORMATION AND ASSIGNMENT OF BENEFITS DECLARATION:

I hereby authorize release of any medical information necessary to process my insurance claim and ASSIGN to the DOCTOR all payments from MEDICARE and/or other Insurance provider(s) for services rendered. I understand and agree to the above conditions.

Initial _____

INSURANCE ACKNOWLEDGEMENT: I understand that it is my responsibility to notify Desert Ophthalmology of any changes to my insurance. Failure to do so may reflect a balance on my account with Desert Ophthalmology.

Initial _____

DERECHOS DE PRIVACIDAD DE HIPAA Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA: A petición suya, podemos proporcionarle una copia de los derechos de la HIPAA y declaraciones de autorización. Doy mi consentimiento para la divulgación de mis registros médicos relacionados con el tratamiento.

Initial _____

POR FAVOR DE PARA en el MOSTRADOR antes de salir de nuestra oficina. Los copagos son requeridos en la fecha del servicio. Como parte de nuestro servicio, presentaremos sus reclamos de seguro, pero no podemos asegurar el pago. Usted es totalmente responsable de los saldos no pagados de los productos comprados y de los servicios prestados.

Initial _____

RENUNCIA de INFORMACION Y ASIGNACION DE DECLARACION BENEFICIOS:

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo de seguro y ASSIGNO al DOCTOR todos los pagos de MEDICARE y/u otros proveedores de seguros por los servicios prestados. Entiendo y acepto las condiciones anteriores.

Initial _____

RECONOCIMIENTO DE SEGURO: Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Desert Ophthalmology de cualquier cambio en mi seguro. Si no, puede reflejar un saldo en su cuenta con de Desert Ophthalmology.

Initial _____

Signature of Patient or Responsible Party: _____
(Firma del Paciente o Parte Responsable)

Date: _____
Fecha