

**RETINAL EYE CARE ASSOCIATES**  
**PETER J. LOWE, M.D., P. A.**  
**RETINA-VITREOUS-MACULA CONSULTANTS OF PALM BEACH COUNTY**

**INFORMACION DEL PACIENTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Raza: Blanco/ Afro-Americano/ Hispano/ Otro: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero/ Casado/ Divorciado/ Viudo/ Otro: \_\_\_\_\_ Genero- M/F

Lenguaje Preferido: Ingles/ Espanol/ Creole/ Otro: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Telefono Del Trabajo: \_\_\_\_\_

Conyuge: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Referido Por Doctor: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Farmacia/ Direccion/ Telefono: \_\_\_\_\_

**DIRECCION ALTERNATIVA/ TELEFONO RESIDENTES TEMPORALES**

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Contacto De Emergencia/ Nombre/ Telefono/ Relacion: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE POLIZA DE SEGURO**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre Del Titular: \_\_\_\_\_ Poliza # \_\_\_\_\_

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre Del Titular: \_\_\_\_\_ Poliza# \_\_\_\_\_

Es Esto Relacionado Con El Trabajo? Si/No Dia Del Accidente? \_\_\_\_\_

Como Se Entero De Nosotros: \_\_\_\_\_

**El Seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. En la mayoría de los casos no estamos involucrados con su contrato. Nosotros no vamos a involucrarnos en discusiones entre usted y su seguro sobre deducibles, copagos, cargos no cubiertos o seguro secundario, solo le proporcionaremos la información necesaria. Usted es responsable por sus pagos a tiempo.**

**Paciente sin medicare:** Yo, autorizo (paciente/ guardian legal) tratamiento medico por el Dr. Peter J. Lowe, M.D.,P.A., Retinal Eye Care Associates. Yo autorizo dar la información medica para propósitos de seguro.

Firmando esta forma yo acepto total responsabilidad por los cargos no cubiertos por mi seguro (deducibles, co-pagos.)

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Paciente con medicare:** Yo, certifico que la información dada por mi en la aplicación para el pago bajo el título XVIII y/ or título XIX para dar información medica u otra sobre el, la administración de seguro social o los seguros intermediarios, cualquier información que necesite para esto o relacionada con reclamos Medicare/ Medicaid. Yo solicito que los pagos autorizados de Medigap y beneficios que sean hechos a favor del Dr. Peter J. Lowe M.D., P.A., Retinal Eye Care Associates por servicios hechos por el mismo. Yo autorizo que entreguen mi información medica a \_\_\_\_\_ (nombre de seguro secundario) cualquier información que determine beneficios de salud.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_