VISALIA EYE CENTER
MEDICAL GROUP

PLEASE PRESENT YOUR INSURANCE CARD TO THE RECEPTIONIST

NAME: First _____ MI _____ Last _____ SEX: M F

DOB_____ /_____ / _____ Birth State: _____ SSN _____ Mother's Maiden Name _____

Drivers Lic# _____ Occupation_____ Employer_____

Marital Status: ❑ Single ❑ Married ❑ Widowed ❑ Divorced

Primary Language _____

Race _____

Student: Y N Handicapped: Y N Special Needs_____

Ethnicity_____

MAILING ADDRESS_____ City _____

State _____ ZipCode _____ Address Type: ❑ Home ❑ Mailing ❑ Billing ❑ Office

Home Phone ( ) _____ Work Phone ( ) _____ Cell Phone ( ) _____

E-Mail Address: _____ **Contact Preference:** ❑ Home# ❑ Cell# ❑ Work#

May we contact you by cell phone? ❑ Yes ❑ No May we email/text you? ❑ Yes ❑ No

Referred by: Family, Friend, Newspaper, Phone Book, Magazine, Web, Radio, Explain:_____

Emergency Contact _____ Relationship _____ Phone ( ) _____

Address_____ City: _____ State _____ Zip _____

Responsible Party _____ Relationship _____ SSN _____ Phone ( )_____

Primary Care Physician _____ **Phone** ( ) _____

Primary Insurance: _____ **Secondary Insurance:** _____

1. Subscriber Name: _____ DOB: _____ SSN: _____

   Employer: _____ Phone: ( ) _____

2. Subscriber Name: _____ DOB: _____ SSN: _____

   Employer: _____ Phone: ( ) _____

Are you interested in a free Lasik consultation? ❑ Yes

PATIENT AGREEMENTS AND AUTHORIZATIONS

1. I authorize treatment for myself or the person named above.
2. I agree to pay all fees and charges for medical services rendered by Visalia Eye Center upon presentment of statement, unless credit arrangements are agreed upon in writing. The amount stated as due shall be deemed as correct and reasonable unless protested in writing within thirty days of the statement date.
3. All proceeds of insurance are assigned to Visalia Eye Center where coverage exists, but Visalia Eye Center does not assume the responsibility for collection of insurance benefits. **I am aware that I have 30 days from the date of service to submit insurance updates in order for the VEC billing department to process my claim.** (A copy of this assignment is valid as the original).
4. In the event attorney's fees or court costs are incurred to collect an unpaid balance due for medical services. I agree to pay such fees and costs in addition to any other amount due.
5. I authorize Visalia Eye Center to release any medical information about me to the Health Care Financing Administered/ Insurance Company and its agents needed to determine these benefits payable to related services.
6. MEDICARE Patients: In Medicare assigned cases, the physician, or supplier agrees to accept the charge determination of the Medicare carrier as the full charge. The patient is responsible only for the deductible, co-insurance, and non-covered services. The co-insurance and the deductible are based upon the charge determination of the Medicare carrier.
7. HMO Patients: Some insurance companies have determined that if the insurance company or the primary care physician does not provide authorization prior the office visit, they may deny payment. The Visalia Eye Center will submit for retroactive authorization on my behalf, but should it be denied, I understand that I am financially responsible for all charges incurred.

Signature: _____ Date: _____

VISALIA EYE CENTER
MEDICAL GROUP

POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA DE ASEGURANZA A LA RECEPCIONISTA

NOMBRE: Primer _____ Inicial _____ Apellido _____ SEXO: M F

Fecha de Nacimiento_____ /_____ / _____ Estado de nacimiento _____ NSS_____ Apellido de madre_____

#Lic._____ Ocupacion_____ Empleador_____

Estado Maritial: ❑ Soltero(a) ❑ Casado(a) ❑ Viudo(a) ❑ Divorsiado(a) Idioma Principal_____

Estudiante: S N Descapacitado: S N Necesidades especiales_____ Etnicidad _____

Direccion_____ Ciudad _____

Estado _____ Codigo Postal _____Tipo de direccion: ❑ Hogar ❑ Correo ❑ de Facturacion ❑ Oficina

Tel: Hogar ( ) _____ Trabajo ( ) _____ Celular ( ) _____

Correo Electronico _____ **Su Preferencia de Contacto:** ❑ Hogar ❑ Correo ❑ Trabajo

¿Le podemos contactar por teléfono celular? ❑ Sí ❑ No ¿Podemos mandarle un correo electrónico/texto? ❑ Sí ❑ No

Referido por: Familia, Amigos, Periódico, Guía Telefónica, Revista, Internet, Radio, explique: _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____ # Tel: ( ) _____

Persona Responsable _____ Relación _____ NSS _____ # Tel: ( ) _____

Doctor(a) Particular: _____ **# Tel:** ( ) _____

Aseguransa Primaria: _____ **Aseguransa Secundaria:** _____

1. Persona Suscrita a la Aseguransa: _____ DOB: _____ NSS: _____

   Empleador: _____ # Tel: ( ) _____
2. Persona Suscrita a la Aseguransa: _____ DOB: _____ NSS: _____

   Empleador: _____ # Tel: ( ) _____

¿Estas interesado(a) en una consulta gratis de Lasik? ❑ Sí

ACUREDO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

1. Yo autorizo tratamiento para mi o para el paciente nombrado.
2. Acepto Pagar por los servicios rendidos por Visalia Eye Center cuando el tratamiento sea brindado o cuando reciba la cuenta. Podre hacer pagos SOLAMENTE si he hecho arreglos anteriormente. El total de la cuenta sera considerada correcta y razonable al menos que sometan una prostesta en escrito treinta dias de la fecha de su cuenta.
3. Pagos de la aseguranza seran asignados a Visalia Eye Center donde la cobertura existe. Una copia de esta asignacion es valida como original. Visalia Eye Center no acepta responsabilidad para collectar los beneficios de la aseguranza. **Estoy enterado(a) de que tengo 30 dias a partir de la fecha del servicio para someter actualizaciones de mi aseguranza medica para que el departamento de facturacion de VEC peda procesar mi reciamo.**
4. En el caso que cargos de abogado o corte sean incurridos para colectar un balance de cuenta para servicios medicos, yo acepto pagar esos cargos.
5. Yo autorizo que Visalia Eye Center de mi informacion medica a la aseguranza y sus agentes para determinar beneficios para los servicios medicos.
6. **Pacientes con MEDICARE:** En casos asignados con Medicare, el doctor acepta los cargos determinados de Medicare como cargos completos. El Paciente es responsable por el deducible y por los servcios no cubiertos. El deducible es basado en los cargos determinados por Medicare.
7. **Pacientes con Aseguranza HMO:** Algunas aseguranzas han determinado que si ellos o su doctor primario no proveen autorizacion antes de su visita, ellos pueden negar pago. En este caso, Visalia Eye Center pedira autorizacion retrasada por mi, pero si mi aseguransa niega autorizacion, yo entiendo que sere responsible por los cargos incurridos.

Firma: _____ Fecha: _____