

INDIANA UNIVERSITY SCHOOL OF OPTOMETRY  
 PATIENT INFORMATION FORM - SPANISH

**ESCUELA DE OPTOMETRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE INDIANA - IUSO**  
**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Primer nombre		Apellidos		Inicial de 2do nombre	
Sobrenombre		Género	Título	Últimos 4 # de SSN	
Fecha de nacim.		Idioma preferido			
Dirección		Ciudad	Estado	Zip	
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo			
Teléfono celular		Email			
Empleador					
Proveedor de atención primaria		Teléfono		Fax	
Raza/etnicidad – Por favor, marque hasta dos opciones para raza y una para etnicidad					
Raza	Blanco	Asiático	Negro o Afro Americano	Nativo Americano o nativo de Alaska	
	Nativo Hawaiano u otro Nativo de la Polinesia / Islas del Pacífico				
Etnicidad	No Hispano o Latino		Hispano o Latino		
Información del Seguro de Salud (los pacientes deben presentar su tarjeta del Seguro antes del examen)					
	Nombre de subscriptor	Relación con subscriptor	Fecha Nacim. subscriptor	# ID de Seguro	
Compañía de Seguro de Visión					
Compañía de Seguro Médico					
Información de facturación de la parte responsable					
Marque este cuadro si su información de facturación es la misma que arriba.					
Nombre					
Calle					
Ciudad		Estado		Zip	
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo			
Teléfono celular		Email			
Personas con las que podríamos compartir información médica (cónyuge, hijos, padre/madre, cuidadores, etc.) Por favor, marque el cuadro de CE y son un contacto en caso de emergencia.					CE <input type="checkbox"/>
Nombre		Teléfono			
Nombre		Teléfono			
Nombre		Teléfono			
¿Si usted es un estudiante de la Universidad de Indiana, podemos facturar a su cuenta Bursar?			Sí	No	
¿Le gustaría participar en el portal del paciente?			Sí	No	

Aviso de Prácticas de Privacidad: Yo reconozco con mi firma abajo que se me ha dado la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad para IUSO y entiendo que puedo pedir una copia de este aviso si así lo elijo.

Acuerdo Financiero: He leído y entiendo el Acuerdo Financiero de IUSO y estoy de acuerdo con cumplir con esos términos. Entiendo que mi compañía de seguros puede que haga pagos directamente a IUSO y a sus clínicas por los servicios y/o materiales facturados. Entiendo que IUSO puede entregar información necesaria sobre mi o mis dependientes para procesar cualquiera o todas las reclamaciones de reembolso, a mi nombre.

Autorización para Tratar: Yo autorizo a IUSO, sus agentes, y empleados, y sus agentes y empleados (colectivamente referidos como “proveedores de atención de salud”) a proveer servicios y atención de optometría, incluidos pero no limitados a: exámenes de diagnóstico, análisis y otros procedimientos médicos/quirúrgicos, los cuales son considerados como necesarios en el transcurso de mi atención. Entiendo que IUSO es una institución educativa y estoy de acuerdo con que los estudiantes internistas (en entrenamiento para ser doctores de optometría y técnicos ópticos) puedan ayudar a proveer mi atención y que mis registros de optometría puedan ser usados con propósitos de investigación, educación y atención de pacientes.

Firma del paciente o tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_