

Fecha	No. De Cuenta	No De Expendiente	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	

<b>Médico</b>	<b>Family Physician</b>	<b>Referido</b>
---------------	-------------------------	-----------------

Compania de Seguro	Numero Y Direcci	Numero de Persona Respons	Relacion	No. de Suscripton	No de. Gru
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
2. Apellido	Primer Nombre	Inicial	Género	Fecha de Nacim	Uso Interno	Relacion	
Direccion 1		Ciudad	Estado	Codigo Post	Telefono Personal	Telefono de Celu	Telefono de Empleado

Trapasu de Lus Benefiaius Dec Seguro y Autorizacion Para la Divalgacion de Informacion		
<p>I understand and agree that, regardless of my insurance status, I am ultimately responsible for the balance of my account for any professional services rendered. I understand that any unpaid balance over 30 days old will be charged a finance charge of 18% per annum. A billing fee of \$5 per month will be added to all co-payments not paid on the date of service. If this account is turned over to a collection agency and/or attorney for collection, I agree to pay reasonable attorney fees, collection fees, and court costs as applicable.</p> <p>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.</p>		
Firma	Fecha de Firma	<p style="text-align: center;"><b>Albany Eye Associates</b></p> <p>63 Shaker Road, Albany, NY 12204</p>
<b>X</b>		Phone: 518-434-1042 Email :
<b>Please attach all pertinent insurance ID cards for photocopying.</b>		