

LAST NAME \_\_\_\_\_  
 FIRST \_\_\_\_\_  
 MIDDLE \_\_\_\_\_  
 NICKNAME \_\_\_\_\_  
 SUFFIX \_\_\_\_\_ SEX \_\_\_\_\_  
 BIRTHDATE \_\_\_\_\_  
 STREET ADDRESS \_\_\_\_\_  
 CITY \_\_\_\_\_  
 STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
 HOME # \_\_\_\_\_  
 CELL # \_\_\_\_\_

WORK # \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_  
 PRIMARY CARE PROVIDER \_\_\_\_\_  
 PHARMACY \_\_\_\_\_  
 EMAIL \_\_\_\_\_  
 LAST 4 OF SSN \_\_\_\_\_  
 MARTIAL STATUS \_\_\_\_\_  
 PRIMARY LANGUAGE \_\_\_\_\_  
 SPECIAL NEEDS \_\_\_\_\_  
 ETHNICITY \_\_\_\_\_  
 OCCUPATION \_\_\_\_\_  
 EMPLOYER \_\_\_\_\_

**PREFERRED APPOINTMENT/ COMMUNICATION**

VOICEMAIL    TEXT    EMAIL

**INSURANCE POLICY HOLDER/PARENT/GUARDIAN/EMPLOYER**

NAME: \_\_\_\_\_ SPOUSE OR PARENT LAST FOUR OF S.S #: \_\_\_\_\_  
 ADDRESS: \_\_\_\_\_  
 BIRTHDATE: \_\_\_\_\_ HOME PHONE: \_\_\_\_\_  
 EMPLOYER: \_\_\_\_\_ WORK PHONE: \_\_\_\_\_

*\*If you would like a copy of our HIPAA Privacy Act, please ask our receptionist.*

**PLEASE PROVIDE US WITH COPIES OF ALL INSURANCE CARDS**

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION:**

RELATIVE OR FRIEND NOT LIVING AT HOME: \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

**Do you give the Perlman Center Staff permission to discuss medical information with your emergency contact? Yes/No**

- I hereby authorize Dr. Perlman or his associates to release to my health insurance carrier, any information acquired in the course of my examination and/or treatment. I hereby authorize payment be made directly to Dr. Perlman or his associates for services rendered unless the form/statement is marked "paid". I understand that I am financially responsible for all charges.
- I hereby authorize Dr. Perlman or his associates to examine and/or treat my eye condition with diagnostic or therapeutic eye-drops or medications. I understand that if my eyes have been dilated that I should not operate a motor vehicle.
- I hereby authorize Dr. Perlman or his associates to photograph me for the purpose of documenting medical progress, for identifying me in medical records, or for marketing purposes.
- I have received a copy of the Perlman Center For Eye & Eyelid Surgery policy and procedure with regard to the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

NAME: \_\_\_\_\_

SIGNED: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

PARENT SIGNATURE (IF MINOR): \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**Registración De Paciente**

Nombre del Paciente _____	Doctor General _____
Sexo _____	Pharmacia _____
Fecha de Nacimiento _____	Correo Electronico _____
Dirección de Correspondencia _____	Seguro Social # _____
Ciudad _____ Estado _____	Estado de Relacion _____
#De Casa _____	Lenguaje Primario _____
# De Celular _____	Necesidades Especiales _____
# De Trabajo _____ Extensión _____	Etnicidad _____
Estado De Nacimiento _____	Ocupacion _____
Apellido Materno _____	Empleador _____

**Comunicacion de preferencia para Cita:**
 Mensaje De Voz     Texto     Correo Electronico

**Responsable De Cuenta**

Nombre del Responsable _____	Relación _____
SS # _____	Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____	
# De Casa _____	# De Celular _____
Empleador _____	# De Trabajo _____

**Contacto de Emergencia**

Primer Nombre _____	Apellido _____	Relación _____
# De Casa _____	# De Celular _____	

 Le da usted permiso a los empleados del Perlman Center a discutir informacion medica con su contacto de emergencia? **SI/NO** \_\_\_\_\_

Yo he revisado la informacion del contacto de arriba y he actualizado la informacion como fue necesaria.  
 Yo autorizo a el Dr. Perlman o sus asociados a que liberen mi informacion de la compañía de seguro de salud, y cualquier informacion obtenida en el curso de mi examinacion o tratamiento. Yo autorizo que los pagos sean directamente para Dr. Perlman o sus asociados para servicios rendidos, a no ser que la forma/factura sea marcada "pagada". Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos.  
 Yo autorizo a el Dr. Perlman o sus asociados a que examinen o traten la condicion de mi ojo con gotas o medicamentos teraueuticos o de diagnostico. Yo entiendo que si mis ojos son dilatados, no deberia de operar un automovil.  
 Yo autorizo a el Dr. Perlman o sus asociados de fotografiarme para el propocito de documentar el progreso medico , para identificar me en registros medicos, o para propocitos de comercializar.

Cheques devueltos, tendran un cargo financiero de \$25.00 dolares

**Por favor de proporcionar su tarjeta de aseguranza mas reciente y tarjeta de identificacion a nuestras recepcionistas.**

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Firma de Padres (Si es menor de Edad) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_