

Welcome To Harvey H. Yamamoto, O.D., Inc.

Patient's Name: _____ Today's Date: _____

Name you go by (if different): _____ Gender (M) (F) Date of Birth: _____

Mailing Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

E-Mail: _____ Social Security Number: _____

Home Phone #: _____ Work #: _____ Cell #: _____

In case of emergency, contact: _____ Phone #: _____

Occupation: _____ Place of Employment: _____

Date of Last Eye Exam: _____ Place of last Eye Exam: _____

Have you ever had your eyes dilated? Yes / No If yes, date of last dilation exam: _____

Reason for today's visit: _____

Activities/Hobbies that require special vision care: _____

Medical and Eye History

Medical Doctor: _____ Date Last Visit: _____ Phone #: _____

Do you have any of the following conditions? (if yes, please circle)

I have no known medical conditions or illnesses

Auto Immune Disease
Headaches
Kidney Disease
Pregnant or Nursing
Blur with glasses
Double Vision
Eye Surgery
Macular Degeneration

Cancer
Heart Disease
Lung Disease
Sinus Problems
Cataracts
Dry Eyes
Glaucoma
See Spots/Flashes of light

Diabetes
High Blood Pressure
Neurological Problems
Stomach Problems
Detached Retina
Eye Injury
Loss of Vision or Blindness
Strabismus (eye turn)

Other eye problems: _____

Other medical problems (please specify): _____

Does anyone in your family have any of the following conditions? (Please circle and state who)

I have no knowledge of my family medical history or conditions

Auto Immune Disease
Headaches
Kidney Disease
Pregnant or Nursing
Blur with glasses
Double Vision
Eye Surgery
Macular Degeneration

Cancer
Heart Disease
Lung Disease
Sinus Problems
Cataracts
Dry Eyes
Glaucoma
See Spots/Flashes of light

Diabetes
High Blood Pressure
Neurological Problems
Stomach Problems
Detached Retina
Eye Injury
Loss Of Vision or Blindness
Strabismus (eye turn)

Other eye problems: _____

Other medical problems: _____

Welcome To Harvey H. Yamamoto, O.D., Inc.

Are you taking any medication or vitamin supplements? If so, please list: _____

Are you allergic to any medications? If so, please list: _____

Do you use any of the following?

Cigarettes / Tobacco: Yes / No Alcohol: Yes / No Other Substances: Yes / No

Insurance Information

Name of Your Vision Insurance: (please circle)

Vision Service Plan (VSP) Medical Eye Service (MES) EyeMed Spectera/Optum Health
Blue Cross Blue Shield Medicare Medi-Cal Molina Safeguard Tricare
IEHP Davis Vision

Other: _____

Member's name (if not self): _____ Member's Date of Birth: _____

Member's Social Security #: _____ Member's Insurance ID#: _____

Member's place of employment: _____

Patient's relationship to member (please circle): Self Spouse Child Other

Patient's Status (please circle): Single Married Other

Occupation Status (please circle) Employed Full-Time Student Part-Time Student

Financial and HIPPA Privacy Disclosure

Benefits will be verified before services are rendered. Verification of eligibility does not guarantee payment for services. All co-payments, deductibles, and/or fees for services not covered by the insurance plan are due at the time that services are rendered. If benefits cannot be verified at the time of service, the usual and customary fee is due in full by the person responsible for the account, and it is the insured's responsibility to collect any benefits from their insurance company directly. Please note that contact lens fittings/evaluations are not covered services for most insurance plans.

By signing below, I request that payment of authorized insurance benefits be made on my behalf to Harvey H. Yamamoto, O.D., Inc. for any services furnished to me. I authorize any holder of medical information about me to be released to the Center for Medicare & Medicaid services (CMS), agents and/or third party payors and any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related services. I understand that verification of eligibility does not guarantee payment for services. I agree to be fully and personally liable for payment if benefits are denied.

With this written authorization, I am accepting charges for services rendered that are not covered by my insurance and agree to pay for the services when rendered.

I acknowledge that I have received a copy of Dr. Harvey H. Yamamoto, Inc.'s Notice of Privacy Practices, available from the office receptionist, and also available to review/download from the office website: www.yamamotovision.com.

Name of Responsible party (if not self): _____

Responsible Party's Signature: _____ Date: _____

Bienvenidos a Harvey H. Yamamoto, O.D., Inc.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Hoy : _____

Apodo (si usa otro nombre): _____ Género (M) (F) Fecha de nacimiento: _____

Dirrección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

E-Mail: _____ No. de Seguro Social: _____

No.de Casa#: _____ No.del Trabajo #: _____ No. de Celular #: _____

Occupación: _____ Lugar de empleo : _____

Ultimo examen de la visión: _____ Lugar de ultimo examen: _____

¿Alguna vez le han dilatado los ojos? Si / No ¿Cuando fue la ultima fecha del examen de dilatación?: _____

Razon por su visita hoy: _____

Actividades que requieren cuidado especial de la visión : _____

En caso de emergecia, contactar: _____ No.de Tel#: _____

Historia Medica y Ocular

Doctor Medico: _____ Fecha De Ultima Visita: _____ No. de Tel #: _____

¿Tiene algunas de las siguientes condiciones ? (favor de circular las condiciones)

No tengo condiciones medicas o enfermedades

Enfermedad auto immune

Dolor de cabeza

Enfermedad del riñón

Embarazda o mamantando

Visión borosa con espejuelos

Doble visión

Cirujia de los ojos

Degeneración Macular

Cancer

Enfermedad del Corazon

Enfermedad del Pulmon

Problema de la Sinus

Cataratas

Resequedad de los ojos

Glaucoma

Ve sombras o luces

Diabetes

Alta Presción

Problemas Neurologicos

Problemas Estomacales

Desprendimiento de la Retina

Trauma a los ojos

Perdida de visión/ceguera

Estrabismo

Otros problemas de la visión: _____

Otros problemas medicos (favor de especificar): _____

¿Algun miembro de su familia tiene algunas de las siguientes condiciones medicas? (favor de circular y especificar quien)

No tengo conocimiento de la historia medica de la familia

Enfermedad auto immune

Dolor de cabeza

Enfermedad del riñón

Embarazda o mamantando

Visión borosa con espejuelos

Doble visión

Cirujia de los ojos

Degeneración Macular

Cancer

Enfermedad del Corazon

Enfermedad del Pulmon

Problema de la Sinus

Cataratas

Resequedad de los ojos

Glaucoma

Ve sombras o luces

Diabetes

Alta Presción

Problemas Neurologicos

Problemas Estomacales

Desprendimiento de la Retina

Trauma a los ojos

Perdida de visión/ceguera

Estrabismo

Otros problemas de la visión: _____

Otros problemas medicos (favor de especificar): _____

Bienvenidos a Harvey H. Yamamoto, O.D., Inc.

¿Está tomando medicamentos or vitaminas suplementales? (Favor de especificar): _____

¿Tiene usted alguna alergia a algunos medicamentos? (Favor de especificar cuales): _____

¿Usa algunos de los siguientes?

Cigarrillos / Tobacco: Si / No Alcohol: Si / No Otras Substancias: Si / No

Información de Aseguranza

Nombre de su plan de visión: (favor de circular)

Vision Service Plan (VSP) Medical Eye Service (MES) EyeMed Spectera/Optum Health
Blue Cross Blue Shield Medicare Medi-Cal Molina Safeguard Tricare
IEHP Davis Vision

Otro: _____

Nombre de miembro (si no es el paciente): _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social del Miembro #: _____ No. de identificación del miembro#: _____

Lugar de empleo del miembro: _____

Relación del miembro al paciente (favor circular): Yo mismo Cónyuge Hijo/Hija Otro: _____

Estado civil (favor de circular): Soltero/a Casado/a Divorciado/a Otro: _____

Situación laboral (favor de circular) Empleado-tiempo completo Estudiante Estudiante-a tiempo parcial

Financieros y HIPPA Divulgación de Información Confidencial

Los beneficios serán verificados antes de que los servicios sean rendidos. Verificación de la elegibilidad no garantiza el pago de los servicios. Todos los co-pagos, deducibles y / o tasas por servicios no cubiertos por el plan de seguro son debidos en el momento en que se rinden los servicios. Si los beneficios no pueden ser verificados en el momento del servicio, la tarifa habitual es debido en su totalidad por la persona responsable de la cuenta, y es responsabilidad del asegurado recoger los beneficios de su compañía de seguros directamente. Tengo en cuenta que los accesorios de lentes de contacto / evaluaciones no están cubiertos por planes del seguro.

Al firmar abajo de la solicitud, afirmo que el pago de las prestaciones de seguros autorizadas sean portados a nombre a Harvey H. Yamamoto, OD, Inc. por cualquier servicio proporcionado a mí . Yo autorizo a cualquier titular de mi información médica sea porpocionado a Centro de Medicare & Medicaid Services (CMS), agentes y / o terceros pagadores y toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados. Yo entiendo que la verificación de la elegibilidad, no garantiza el pago de servicios. Estoy de acuerdo en ser completa y personalmente responsable del pago si se niegan los beneficios.

Con esta autorización escrita, estoy aceptando los cargos por los servicios prestados que no están cubiertos por mi seguro y me comprometo a pagar por los servicios cuando se obtengan. Reconozco que he recibido una copia de Dr. Harvey H. Yamamoto, Inc.'s Aviso de prácticas de privacidad, disponible en la recepcion de oficina, y también está disponible para revisar / descargar desde el sitio web de la oficina: www.yamamotovision.com.

Nombre de la persona responsable : _____

Firma de la persona responsable: _____ Fecha: _____