q Masculino
q Femenino

REGISTRO DE PACIENTE

q **Favor de marcar el cuadrito si es visitante de invierno. Proporcionar ambos domicilios.**

SR./SRA./SRITA. NOMBRE ***LEGAL***: _____
Por favor circule uno — APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE — CONYUGE

DOMICILIO LOCAL: _____
CALLE — APT. # — CIUDAD — ESTADO — CÓDIGO POSTAL

DOMICILIO PERMANENTE: _____
CALLE — APT. # — CIUDAD — ESTADO — CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO DE CASA: ( ) _____ EMPLEO: ( ) _____ OTRO: ( ) _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: / / SEGURO SOCIAL # _____

PERSONA RESPONSABLE: _____ TELÉFONO: ( ) _____ RELACION: _____

NOMBRE Y DOMICILIO DEL EMPLEADOR: _____

OCCUPACION: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELEFONO: _____
(Que no viva en el mismo hogar)

INFORMACIÓN MÉDICA: QUIÉN ES SU MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: ( ) _____

INFORMACIÓN

NOMBRE DE SEGURO PRIMARIO: _____ ASEGURADO: _____

GRUPO #: _____ POLÍZA # _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO PRIMARIO: _____ TELÉFONO DEL SEGURO: ( ) _____

SEGURO SECUNDARIO: _____ ASEGURADO: _____

GRUPO #: _____ PÓLIZA #: _____

DOMICILIO SECUNDARIO: _____ TELÉFONO DEL SEGURO: ( ) _____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN

Yo autorizo la liberación de cualquier información incluyendo e diagnóstico y los archivos de cualquier tratamiento o examen proporcionado a mi hijo o a mi durante el periodo de tales cuidados a un tercer pagador y / u otro practicante de medicina. Yo autorizo y solicito que mi compañía de seguro y /o Medicare pague directamente al doctor o al de grupo de médicos beneficios de seguro o Medicare que de otra manera son pagables a mi.

Entiendo que mi empresa de seguro pudiera pagar menos que la cantidad actual por los servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable por el pago de todos los servicios proporcionados a mi o mis dependientes. También entiendo que mi empresa de seguro pudiera pagar menos de la cuenta actual por los servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable por todos los servicios proporcionados a mí o a mis dependientes. También entiendo que se me enviará una cuota cobrable por cualquier cheque devuelto por el banco.

_____ _____ _____
Firma del paciente o padre si es un menor — Fecha — Firma del testigo

FAVOR DE NOTAR: LA MAYORÍA DE LOS SEGUROS NO CUBREN SERVICIOS DE REFRACCIÓN.

¿CÓMO FUE REFEREIDO A NUESTRA OFICINA?

q DOCTOR (NOMBRE:) q AMIGO/PARIENTE (NOMBRE:)
q PERIÓDICO q RADIO/TELEVISIÓN q ESCRUTINIO q PÁGINAS AMARILLAS q REPUTACIÓN
q ORRO _____

VISITE NUESTRA PÁGINA WEB EN www.goodeyes.com

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com