

REGISTRACION DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre del paciente _____ Teléfono _____

Dirección _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Responsable persona (si es menor) _____ Nombre de esposa / esposo _____

Estado civil: Soltero () Casado () Divorciado () Viuda ()

Sexo: M () F () Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Ocupación: (Padres, si es menor) _____

(Anterior, si es retirado) _____

Jefe _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección del trabajo _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Referido por _____

Seguro Social # _____ Medicare # _____

INFORMACION DEL SEGURO

Nombre de la primera compañía aseguradora _____

Nombre del suscriptor _____

Fecha de nacimiento del suscriptor _____ Seguro Social # _____

Relación con el paciente _____

Póliza # _____ Grupo # _____

Nombre de la segunda compañía aseguradora _____

Nombre del suscriptor _____

Relación con el paciente _____

Póliza # _____ Grupo # _____

AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION MEDICA

Yo autorizo mi compañía de seguro que le pago a Eye Surgery directamente cualquier beneficio o pagarmelo directamente a mí. También autorizo queden cualquier información médica requisada por mi seguro. Una copia de esta autorización puede ser usada si no tiene la original. Yo autorizo a cualquier otra persona que tenga cualquier información incluyendo médica sobre mí que selode a los oficinas de Social Security Administration o cualquier otro intermediario. Información necesitada para esto cualquier otra condición médica. Yo pido el pago de beneficio del seguro médico que sean a mí o a cualquier otra persona o compañía que acepte esta asignación. Yo comprendo que yo soy financieramente responsable por cualquier cargo que no sea cubierto por esta autorización.

FIRMA DEL PACIENTE _____