

FAMILY EYECARE SPECIALISTS, PLLC

Bienvenido Ha Nuestra Oficina

Gracias por escoger nuestra oficina. En orden para servirle, favor de proveer la siguiente informacion.
Escriba claramente y no deje ringlones en blanco.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Correo electronico: _____

Numero telefono de casa: (_____) _____ Numero de celular: (_____) _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Status matrimonial: S C D V Numero de licencia _____

Numero de Seguro Social _____ ¿Si paciente es menor de edad quien autoriza tratamiento? _____ Relacion _____
Nombre de Empleado: _____ Numero de Telefono: (_____) _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Numero de Telefono: (_____) _____

¿Tiene Asegurancia de Vista? Si No ¿Tiene Asegurancia Medical? Si No

Si no, ¿como pagara por el servicio de hoy? Efectivo Cheque Tarjeta de Credito

¿Quien lo referio a nuestra oficina? _____

Asegurancia primaria (las companias de asegurancia requiere la informacion para pagar los cargos.)

Nombre de la persona con la asegurancia: _____ Relacion al paciente: _____

Numero de seguro social de la persona con la asegurancia _____ fecha de nacimiento de la persona con la asegurancia _____

Nombre de la asegurancia: _____ Numero de Telefono: (_____) _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Poliza: _____ Numeracion de Grupo: _____

Asegurancia Secundaria

Nombre de la persona con la asegurancia: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Relacion al paciente: _____ Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Numeracion de Grupo: _____ Numero de Poliza: _____

Nombre de la asegurancia: _____ Numero de Telefono: (_____) _____

Yo doy autorizacion para que Family Eyecare Specialists comparta mi informacion con la siguiente individual :

Nombre: _____ Relacion: _____

Yo doy autorizacion para proveer informacion personal tocante la salud con agencias para que la cuenta se resuelva rapidamente.
Tambien autorizo que se pague con la asegurancia y entiendo que el saldo sera mi responsabilidad de pagar sin importar lo que pague el asegurancia.

Firma de paciente, padre o guardián legal

Fecha