

Family Eyecare Specialists, PLLC

WELCOME TO OUR OFFICE

Patient Information

Today's Date: _____

Responsible Party (must be filled out if under 18) First Name _____ MI _____ Last _____

Patient Last Name _____ First Name _____ MI _____

Nickname: _____ Male _____ Female _____ Marital Status: M D S W LS

Address: _____ City: _____ State: _____ ZIP _____

Home Phone _____ Cell Phone _____ Emergency phone _____

Date of birth: _____ Social Security _____

Employer: _____ Occupation: _____

Whom should we thank for referring you? Name: _____

Would you like to be contacted by: **Phone** **E-Mail** **Txt messages** (circle one)

E-Mail: _____

Policy Holder/Insurance Information:

*******PLEASE PRESENT ALL INSURANCE CARDS FOR ACCURATE BILLING*******

MEDICAL

First Name _____ MI _____ Last Name _____

Relationship to patient: _____ Social Security: _____ Date of Birth: _____

Address if different from patient: _____ Phone: _____

Insurance Company: _____ Employer: _____

Policy #: _____ Group #: _____

VISION INSURANCE

Insurance Company: _____ Phone: _____

Policy #: _____ Group #: _____

SECONDARY INSURANCE

First Name _____ MI _____ Last Name _____

Relationship to patient: _____ Social Security: _____ Date of Birth: _____

Address if different from patient: _____

Insurance Company: _____ Employer: _____

Policy #: _____ Group #: _____

I authorize the release of any information concerning my (or my child's) healthcare to expedite insurance payment. I also hereby authorize payment of insurance and understand that I am responsible for all charges, regardless of insurance coverage.

Signature: _____

Family Eyecare Specialists, PLLC

BIEN VENIDOS A NUESTRA OFICINA

Informacion del paciente

Fecha de hoy: _____

Persona Responsable (ocupa llenar si es menor de 18) Primer nombre _____ Apellido _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ I _____

Nombre de apodo _____ Masculino__ Femenina__ Status Matrimonial C D S V SL

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero Primario Casa _____ Segundo Numero C _____

Fecha de nacimiento _____ Seguro Social _____

Empleado _____ Profesión _____

¿Quién lo referio a nuestra oficina? _____

¿Prefiere ser contactado por teléfono, correo electrónico o por texto al celular?

Correo electrónico: _____

Informacion de la aseguranza:

******FAVOR DE PRESENTAR TODAS TARJETAS PARA COBRAR CORRECTO******

Medical

Primer Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Relacion al paciente _____ Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio si es diferente de paciente _____ telephono _____

Nombre de Aseguranza _____ Empleador _____

Numeracion de Poliza _____ Numeracion de Grupo _____

Aseguranza de Vista

Nombre de Aseguranza _____ telephono _____

Numeracion de poliza _____ Numeracion de grupo _____

Aseguranza secundaria

Primer Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Relacion al paciente _____ Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio si es diferente de paciente _____ telephono _____

Nombre de Aseguranza _____ Empleador _____

Numeracion de Poliza _____ Numeracion de Grupo _____

Yo doy autorización para proveer información personal tocante la salud con agencias para que la cuenta se resuelva rápidamente. Tambien autorizo que se pague con la aseguranza y entiendo que el saldo será mi responsabilidad de pagar sin importar lo que pague el aseguranza.

Signature: _____