

HOJA INFORMATIVA DEL PACIENTE

PATIENT'S ACCOUNT #	FECHA DE HOY (MM/DD/AAAA)	# DE LICENCIA DE CONDUCTOR (ESTADO DE LA LISTA SI NO CA)	SEGURO SOCIAL # - -
NOMBRE (ÚLTIMO, PRIMERO, M.I.)			
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO	TELEFONO (CASA) () -	TELEFONO (MOVIL) () -	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	ESTADO CIVIL ___ SOLO ___ CASADO ___ DIVORCIADO ___ ENVIUDADO	GENERO ___ HOMBRE ___ MUJER	
¿QUIEN LO REFIRIO?	SU EMPLEADOR	TELEFONO (TRABAJO) () -	
DIRECCION DEL TRABAJO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE de ESPOSO(A)	EMPLEADOR de ESPOSO(A)		
QUIÉN DEBERIAMOS LLAMAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA?	Relación	teléfono	
INFORMACION PRIMARIA de SEGURO			
PROPORCIONE POR FAVOR UNA COPIA DE TARJETA de SEGURO Y LICENCIA DE MANEJAR			
NOMBRE de SEGURO			
DIRECCION de SEGURO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE DE SUSCRIPTOR (SEGURO)	# SUSCRIPTOR	NOMBRE DE GRUPO	
NUMERO DE GRUPO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	SEGURO SOCIAL DE ASEGURADO #	
INFORMACION SECUNDARIA de SEGURO			
PROPORCIONE POR FAVOR UNA COPIA DE TARJETA de SEGURO Y LICENCIA DE MANEJAR			
NOMBRE de SEGURO			
DIRECCION de SEGURO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE DE SUSCRIPTOR (ASEGURO)	# SUSCRIPTOR	NOMBRE DE GRUPO	
NUMERO DE GRUPO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	SEGURO SOCIAL DE ASEGURADO #	

Yo por la presente autorizo todos beneficios de seguro para ser pagados directamente a la RETINA del VALLE se ASOCIA el GRUPO de MEDICO, P.C. Comprendo que soy responsable de cargas como designado por mis compañías de seguros (por ejemplo, deductibles, los co-pagos, etc.). Soy también responsable de todas cargas no cubrió por seguro y para cualquier honorarios de finanza contrajo en equilibrios impagados. Autorizo RETINA de VALLE se ASOCIA el GRUPO de MEDICO, P.C. soltar cualquier información a mis compañías de seguros cuando solicitado por ellos.

FIRMA (ASEGURO O AUTORIZO)

FECHA