

## NUEVA INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

### Información Personal ( en letra de imprenta )

Nombre: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ H / M  
Apellido Primero Inicial

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado postal

Teléfono de la casa: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Podemos mandarle un texto? Si o No Correo electronico: \_\_\_\_\_

Estado Civil (marque uno): Solo \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Médico remitente : Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Apellido Primero

Médico de atención primaria : Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Apellido Primero

Seguro Primario Seguro Secundario Seguro de la Vision

Seguros Nombre: \_\_\_\_\_

Identificación de \_\_\_\_\_

Seguros o SS #: \_\_\_\_\_

Grupo de Seguros #: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA FARMACIA \_\_\_\_\_ Dirección complete \_\_\_\_\_

Responsable Asegurado:

Nombre: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Apellido Primero

¿Cómo te enteraste de nuestra oficina ? ( Por favor elija uno)

\_\_\_\_\_ Paciente \_\_\_\_\_ amigo \_\_\_\_\_ Seguro \_\_\_\_\_ Periódico / Ad \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Asignación Financiera y Acuerdo

El pago se espera en el momento se prestan los servicios , incluidos los co-pagos de seguros. Por favor, no que para su conveniencia , vamos a facturar a su compañía de seguros. Si , por cualquier razón, el seguro no paga lo que se estima , o retrasa el pago de más de sesenta ( 60) días , el balance será la responsabilidad del paciente . Vamos a trabajar con usted para obtener sus beneficios merecidos , pero el paciente y el o tutor es responsable del pago de esta oficina. Cuentas de mayor edad de 90 días están sujetos a gastos de cobranza .

**Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra índole necesarias para reclamaciones de seguros proceso. También solicito el pago de beneficios del gobierno , ya sea a mí o al partido que acepta la asignación a continuación. Yo autorizo el pago de beneficios médicos a FAMILY CARE VISION y Thao T. Thach , MD**

Forma de pago: \_\_\_\_\_ Efectivo \_\_\_\_\_ Comprobar \_\_\_\_\_ MasterCard \_\_\_\_\_ Visa

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(CONTINUAR----->)