

SLO LASIK & CATARACT

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Masculino Femenina

Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Nº telefónico en casa _____ Nº telefónico de día _____ Nº del teléfono celular _____

Seguro Social _____ Estado civil: S C V D

Empleador _____ Nº telefónico de trabajo _____ Ocupación _____ Estudiante: TC PT

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Declino

Raza: Amerindio /Nativo de Alaska Asiático(a) Negro(a) o Africano(a)-Estadounidense Isleño(a) del pacífico
 Blanco(a) Hispano(a) Declino

Correo electrónico _____ (Para ser inscrito en nuestro Portal de Paciente electrónica segura)

INFORMACION DE LA PARTE RESPONSABLE: (Para los hijos menores o dependientes)

Nombre _____ Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____

Para fines de facturación únicamente – confidencial

Número de Seguro Social _____ Empleador _____ Nº de teléfono _____

Dirección (si diferente de la anterior) _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

INFORMACIÓN DE SEGURO: FAVOR DE PROVEER LAS TARJETAS DE SEGURO EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA

SIN SEGURO / PAGO PARTICULAR Medicare Medi-Cal PPO HMO Otro _____

Seguro médico no. 1: _____ Número de identificación: _____ Grupo: _____

Dirección para reclamos: _____ Co-Pago: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Parentesco: _____

Seguro médico no. 2: _____ Número de identificación: _____ Grupo: _____

Dirección para reclamos: _____ Co-Pago: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Parentesco: _____

Plan de seguro médico para visión: _____ Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Nº de Seguro Social del asegurado: _____ Parentesco: _____

Para fines de facturación únicamente – confidencial

¿CÓMO SUPO DE NUESTRO SERVICIO?

PACIENTE RADIO PERIÓDICO MÉDICO LETRERO COMPAÑÍA DE SEGUROS TV INTERNET OTRO _____

Médico de Cabecera: _____ Número Telefónico: _____ Referido por: _____

Nombre del su farmacia: _____ Número Telefónico: _____ Dirección: _____

Persona quien notificar caso de emergencia: _____ Parentesco _____ Número Telefónico: _____

Entiendo que la responsabilidad financiera del pago completo de todas las cuentas con la excepción de lesiones industriales, Medi-Cal u otras cuentas costeadas completamente por el gobierno es mía. Autorizo por este medio, que mis médicos divulguen mi expediente médico a otros médicos o fuentes legítimas que lo pidan. Autorizo por la presente el pago de beneficios médicos a mis médicos o suministradores de los servicios rendidos. Podrá usarse una copia de esta autorización y la asignación de beneficios en lugar del original.

Firma de la parte responsable

Fecha