

Name:

Chart:

Date:

Fromer Eye Centers

FORMA DE REGISTRO

Fecha _____

Sr. Sra. Srta. Dr.

Apellido _____

Nombre _____

Segundo Nombre _____

Hombre Mujer

Fecha de Nacimiento _____

Edad _____

No. de Seguro Social _____

Email _____

No. del Telefono _____

Telefono Celular _____

Otro Telefono _____

Direccion _____

No. de Apartamento _____

Cuidad _____

Estado _____

Codigo postal _____

Occupacion/Empleador _____

Telefono del Empleador _____

Medico Primario _____

Direccion del Medico _____

Telefono del Medico _____

Referido por: Medico Familiar/Amigo Plan de Seguro Hospital Internet/Google Otras _____

En Caso de Emergencia:

Nombre de un Familiar o Amigo _____

Relacion con el Paciente _____

No. de Telefono _____

No. del Trabajo _____

*La informacion provista arriba es verdad a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a que los beneficios del seguro sean pagados directamente al doctor. Yo entiendo que soy responsable financieramente de cualquier balance. Yo autorizo a Fromer Eye Centers o al seguro a que den informacion medica si es requerida para el proceso de este cobro. **Pago es requerido en el momento de su visita o al menos que nosotros participemos en su plan medico. Co-pago es equerido el mismo dia de su visita. *Yo he recibido el aviso de Practicas Privadas y he tenido la oportunidad de examinarlo y puedo levar una copia para mis archivos si creo que es necesario.***

X

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____

Nombre de Farmacia _____

Dirreccion de Farmacia _____

Numero Telefono de Farmacia _____