

Account Number: _____ Fecha: _____

Apellido _____ **Nombre** _____ **MI** _____
Sr. ____ **Sra.** ____ **Srta.** ____ **Dr.** ____ **Raza:** [] Afroamericanos [] Asiáticos
Hombre ____ **Mujer** ____ [] Caucásicos [] Hispanos [] Otro raza
Fecha de Nacimiento _____ **Edad** _____ **Grupo Etnico** _____ **Lenguaje Primario:** _____

No. de Seguro Social _____ **E-Mail** _____

Nombre de Farmacia: _____**Direccion de Farmacia:** _____**Direccion** _____**Numero de Farmacia:** _____**No. de Apartamento** _____

Cuidad _____ **Estado** _____ **Codigo Postal** _____

Telefono Primario _____ **Telefono Secundario** _____

Occupacion/Empleador _____ **Telefono del Empleado** _____

Medico Primario _____

Direccion del Medico _____ **Telefono del Medico** _____

Medico que te Referido: _____

<i>Nombre</i>	<i>Apellido</i>	<i>Direccion y Numero de Telefono</i>
---------------	-----------------	---------------------------------------

En caso de Emergencia: _____

Nombre de un Familiar o Amigo	Relacion con el Paciente
--------------------------------------	---------------------------------

Telefono Primario	Telefono Secundario
--------------------------	----------------------------

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 procesar mis reclamos y cumplir con todas las solicitudes de registros médicos hechos por mi seguro. 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 vista. * Yo he recibido el aviso de Practicas Privadas y he tenido la oportunidad de examinarlo y puedo levar una copia para mis archives si creo que es necesario.

X _____
FIRMA DEL PACIENTE

FECHA