

## **FAMILY EYE PHYSICIANS**

*Gracias por elegir nuestra oficina! Con el fin de servir adecuadamente, necesitamos la siguiente información.*

***Por favor escriba. Toda la información se mantendrá confidencial.***

### **INFORMACION AL PACIENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Menor Soltero Casado Viudo Divorciado  
Separado

Del Paciente o El Empleador del Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del Negocio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

A quién podemos agradecer por referirle? \_\_\_\_\_

Médico de la Familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

En caso de emergencia que debe ser notificado? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### **PRIMARIA DE SEGUROS**

Nombre de la Persona Responsable de Esta Cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ SSN # \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Suscriptor Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_

ID de Suscriptor # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

### **ADICIONAL DE SEGUROS**

Está el paciente cubierto por seguro adicional?  Si  No

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Suscriptor Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_

ID de Suscriptor # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ SSN # \_\_\_\_\_

### **CESION Y LIBERACION**

Yo certifico que yo, y / o mi dependiente (s) tienen cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y traspaso directamente  
Nombre de la Compañía de Seguros  
Al Dr. Al-Khudari todos los beneficios del seguro, en su caso, que mi seguro pague por los servicios prestados. Entiendo que soy  
financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las  
sumisiones del seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma Responsable

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha