

DOCTOR: _____ FECHA DE HOY: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Dirección: _____

Cd., Estado, CP: _____ Teléfono del Hogar: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: F M Número de Seguro Social: _____

Médico Primario: _____ Teléfono: _____

Doctor que lo Refirió: _____ Teléfono: _____

ENCASO DE EMERGENCIA, ¿A QUIEN DEBERIA COMUNICARSE?

NAME: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

GARANTE/ INFORMACION DE LA CUENTA

____ MADRE ____ PADRE ____ AMBOS PADRES ____ GUARDIAN LEGAL ____ UNO MISMO

Nombre: _____ Dirección: _____

Cd., Estado, CP: _____ Teléfono del Hogar: _____

Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre: _____ Dirección: _____

Cd., Estado, CP: _____ Teléfono del Hogar: _____

Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SNúmero de Seguro Social: _____

INFORMATION DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre del Beneficiario: _____ Relación al Paciente: _____

Compañ de Seguro: _____ # del Grupo: _____ # de Póliza _____

INFORMATION DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre del Beneficiario: _____ Relación al Paciente: _____

Compañ de Seguro: _____ # del Grupo: _____ # de Póliza _____

AUTORIZACION CONFIDENCIAL

Por favor nombre a aquellos miembros de la familia, y su relación al paciente; u otras personas con las cuales podemos discutir la condición médica del paciente, y, si el paciente es un menor de edad, aquellas personas autorizadas para buscar atención médica para el menor de edad con Pediatric Eye Specialists, L.L.P.

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Autorizo a Pediatric Eye Specialists, LLP de ceder información médica o cualquier otra información solicitada que pueda ser necesaria para cuidado medico o para el proceso del seguro por beneficio financiero. Autorizo el pago directo de todo beneficio médico o de cirugía que sea enviado directamente a Pediatric Eye Specialists, LLP.

Nombre: _____ Fecha: _____

Autorizo a los doctores y al personal médico de Pediatric Eye Specialists, LLP de proveer tratamiento para mí o para mi niño o niña menor/ dependiente.

Firma del Responsable: _____ Fecha: _____