

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 Paginas Amarillas 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 _____