

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 \_\_\_\_\_