

LITTLE ROCK EYE CLINIC

REGISTRACION DEL PACIENTE

**FAVOR DE TRAER UNA LISTA
DE TODO SU MEDICAMENTO**

INFORMACION PERSONAL:

Paciente Sr., Sra.,

Nombre Senorita, Dr. _____ Fecha _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono (Casa) _____ Telefono (Empleo) _____

Sexo: M F Estado Matrimonial: Soltero(a) Divorciado(a) Casado(a) Viudo(a)

Numero De Seguro Social _____ Fecha De Nacimiento _____

Referido por: _____ (Doctor, Familiar, Amigo(a), Otro)

Medico General _____

INFORMACION DE EMPLEO:

Lugar de Empleo: _____

Domicilio _____

Calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Ocupacion: _____

INFORMACION FAMILIAR:

Nombre de Esposo(a) o Familiar sercano _____

Telefono (Casa) _____ (Circule Uno)
(Esposo(a), Padre, Madre, Hijo(a), Otro)

Telefono (Empleo) _____

INFORMACION DE CUENTA: (Si Diferente al paciente)

Enviar Recivo a: Empleo _____ Familiar _____ Rep Legal _____ Otro _____

Nombre: _____

Domicilio _____

Calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Telefono _____ Telefono Empleo: _____

INFORMACION DE SEGURO: Favor de mostrar sus tarjetas de seguro.

Yo autorizo el envio de cualquier informacion necesaria para proceder cualquier reclamo de seguro. Y tambien autorizo envia de pagos para beneficios medicos a mi doctor, si es necesario. Yo Entiendo que mi seguro es un contacto entre mi portador de seguro y yo, y acepto responsabilidad de cualquier balance pendiente. En la ausencia de mi aseguransa,asumo responsabilidad de mi cuenta.

Firma _____ Fecha _____