



NUEVA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Información personal (en letra imprenta )

Nombre: \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_ M\_\_\_F\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono : Casa : \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

¿ Puedo enviar mensajes de texto? Si\_\_ No\_\_ Correo electronic: \_\_\_\_\_

Estado civil (por favor, compruebe uno): Individual \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección : \_\_\_\_\_

Médico remitente : Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: Nombre : \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

	Seguro primario	Seguro secundario	Seguro de la vista
Nombre del seguro:	_____	_____	_____
Seguro TD o SS #:	_____	_____	_____
Grupo de Seguro #	_____	_____	_____

NOMBRE DE FARMACIA : \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Asegurado responsable:

Nombre: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Último primero

Asignación financiera y acuerdo:

El pago se espera en el momento en que se prestan los servicios, incluidos los copagos del seguro. Por su comodidad, vamos a facturar a su compañía de seguros. Si , por cualquier razón, el seguro no pagan lo que se estima , o ay retrasos de pago más de sesenta (60) días, el pago será responsabilidad del paciente. Trabajaremos con usted para obtener sus merecidos beneficios, pero el paciente y/o tutor es responsable del pago a esta oficina. Las cuentas de más de 90 días están sujetas a tarifas de cobro.

**Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesarias para reclamaciones de seguros.**

**También solicito el pago del gobierno beneficios ya sea a mí mismo o a la persona que acepta la asignación a continuación. Yo autorizo el pago de los beneficios medicos de Shiloh Eye Care y Thao T. Thach, M.D.**

**Método de pago: \_\_\_\_\_ Efectivo \_\_\_\_\_ MasterCard \_\_\_\_\_ Visa \*\*\*\*\* NO ACEPTAMOS CHEQUES \*\*\*\*\***

**Además, al firmar este formulario, usted reconoce que ha leído el Aviso de privacidad de la Clínica Shiloh Eye Care.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_