



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: _____