

**WASHINGTON EYE INSTITUTE
REGISTRACIÓN DE PACIENTE**

Date _____

ACCT# _____

POR FAVOR ESCRIBE LEGIBLEMENTE

APELLIDO _____ NOMBRE _____ INICIAL _____

N° SEGURO SOCIAL ____ - ____ - ____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____

DIRECCIÓN (INCLU # APT) _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

SEXO ____ CASADO/SOLTERO? _____ ESTUDIANTE? SI/NO _____

TELÉFONO CASA _____ TELÉFONO TRABAJO _____

CELULAR _____ NUMERO DE FAX _____

CORREO ELÉCTRICO _____

DOCTOR QUIEN LOS RECOMENDO _____ N° DE TELÉFONO(____) _____

EMPLEADOR _____ DIRECCIÓN _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ N° (____) _____

RELACIÓN AL PACIENTE _____

MÉDICO PRINCIPAL _____ N°(____) _____

CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE NOSOTROS? _____

SEGURO PRIMARIO

COMPANIA _____

N° DE PÓLIZA _____ N° DEL GRUPO _____

POSEEDOR DEL PÓLIZA (SI DIFERENTE DEL PACIENTE) _____

N° DE SEGURO SOCIAL ____ - ____ - ____ FECHA DE NACIMIENTO DEL POSEEDOR DE PÓLIZA _____

SEGURO SECUNDARIO

N° DE PÓLIZA _____ N° DEL GRUPO _____

POSEEDOR DEL PÓLIZA (SI DIFERENTE DEL PACIENTE) _____

N° DE SEGURO SOCIAL ____ - ____ - ____ FECHA DE NACIMIENTO DEL POSEEDOR _____

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGURO, NOTICAS DE PRACTICAS PRIVADAS

Yo autorizo que la oficina de WashingtonEye Institute aplicó para beneficios de mi parte para servicios recibidos. Yo certifico que la información que e indicado en estos documnetos sobre mi seguro de salud, es correcta. Yo autorizo la entrega de información médica necesario para que mi compania de seguro médico averigüe los beneficios que me pertenecen. Yo me hago responsable de pagar lo que no esta cubierto por mi seguro medico.

Yo entiendo que el seguro Medicare no reembolsa para exámenes de vision. You hago constar que la “Noticia de Practicas Privadas” se ha puesto a mi disposición.

Nombre _____ Fecha _____

Firma _____