_____/_____/_____
Fecha de hoy:

CENTRAL FLORIDA EYE CARE, LLC

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Apellido _____ Nombre _____ Inicial

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer

_____/_____/_____ Fecha de nacimiento:

Estado civil: ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

Numero de seguro social: _____

Dirección de email: _____

Dirección de casa: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

(_____) _____ Teléfono de casa:

(_____) _____ Teléfono de empleo:

(_____) _____ Teléfono celular:

Dirección de correo (si es diferente a la de casa): _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Referido a nuestra oficina por: _____

☐ Doctor
☐ Familia/Amigo
☐ Periódico
☐ Paginas Amarillas

Doctor de familia: _____ Nombre

Clínica o ciudad: _____

(_____) _____ Teléfono:

INFORMACION DE EMPLEO

Lugar de empleo: _____

Estado de empleo: ☐ Plena ☐ Parcial ☐ Sin empleo ☐ Retirado/a ☐ Estudiante ☐ Minusválido/a

Dirección de empleo: _____
_____ _____ _____

(_____) _____ Teléfono de empleo:

X _____ Ext.:

INFORMACION DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Persona a contactar en caso de emergencia: _____ Apellido _____ Nombre _____ Inicial

Relación: _____

(_____) _____ Teléfono de persona emergencia:

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Persona responsable (si no es el paciente mismo): _____ Apellido _____ Nombre _____ Inicial
_____
_____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal

Relación: _____

(_____) _____ Teléfono de la persona responsable:

(_____) _____ Teléfono celular de la persona responsable:

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Seguro Primario

Nombre de la compañía de seguro primario: _____

Dirección de reclamos: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del poseedor de la póliza: _____ Apellido _____ Nombre _____ Inicial

Relación al paciente: ☐ Paciente ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a

_____ No de seguro social: _____ Fecha de nacimiento:

Numero de Póliza: _____

Numero de grupo: _____

Seguro Secundario

Nombre de la compañía de seguro secundario: _____

Dirección de reclamos: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del poseedor de la póliza _____ Apellido _____ Nombre _____ Inicial

Relación al paciente: ☐ Paciente ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a

_____ No de seguro social: _____ Fecha de nacimiento:

Numero de Póliza: _____

Numero de grupo: _____

Por medio de la presente le asigno a CENTRAL FLORIDA EYE CARE, LLC y al Dr. Scott Klein, cualquier seguro de salud o beneficios de otro tercer agente que estén disponibles para los servicios médicos que reciba, y pagos directo a CENTRAL FLORIDA EYE CARE, LLC y/o al Dr. Klein. Certifico que la información reportada es correcta, y autorizo a CENTRAL FLORIDA EYE CARE, LLC entregar cualquier información, incluyendo información médica, por este o por cualquier otro reclamo a las compañías de seguros, para determinar los beneficios que tengo disponibles. Asigno a CENTRAL FLORIDA EYE CARE, LLC y al Dr. Klein todos los pagos por los servicios médicos prestados a mi y a mis dependientes. Admito que soy financieramente responsable por los cargos que no sean cubiertos por el seguro médico. Una copia de esta autorización es tan valida como la original. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea anulada por mí por escrito. Todos los co-pagos, servicios no cubiertos y deducibles serán pagados al momento del servicio.

_____ Firma del Paciente/Acudiente Legal

_____ Fecha