

Tom Determan O.D.



Stephen H. Spencer O.D.

**INFORMACION DEL PACIENTE**

NOMBRE (S)		APELLIDO		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
DIRECCION/ PO BOX			CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V		NOMBRE DE SU ESPOSO/A	
TELEFONO DE CASA	TELEFONO DE <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO		DIRECCION ELECTRONICA		
OCUPACION			LUGAR DE EMPLEO		
DOCTOR FAMILIAR			COMO FUE QUE OIO DE NUESTROS DOCTORES		
NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA/RELACION AL PACIENTE			TELEFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA		

**INFORMACION DEL SEGURO MEDICO**

COMPANIA DE SUGURO PRIMARIO		NOMBRE DEL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	RELACION AL ASEGURADO	
COMPANIA DE SEGURO SECUNDARIO		NOMBRE DEL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	RELACION AL ASEGURADO	

**PARA MENORES DE EDAD**

NOMBRE DE MADRE O PADRE	FECHA DE NACIMIENTO DE MADRE O PADRE
-------------------------	--------------------------------------

Usted es responsable por el pago completo en su cuenta, no su aseguranza. Nosotros le damos presupuestos de sus beneficios basado en la informacion que usted y su aseguranza nos den. En caso de que su aseguranza no pague la cantidad esperada, usted sera responsable por el balance. Por favor recuerde que usted es responsable por cualquier deducible que no haya cumplido.

AUTORIZO A LA COMPANIA DE SEGUROS QUE MANDEN PAGO POR SERVICIOS DIRECTAMENTE A YUMA VISION CENTER. ADEMÁS AUTORIZO LA LIBERACION DE INFORMACION MEDICA A MIS COMPAÑIAS DE SEGUROS COMO ES NECESARIO PARA PROCESAR RECLAMOS PARA SERVICIOS PROPORCIONADOS A MI.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

RECONOZCO AVER RECIBIDO UNA COPIA DE NOTIFICACION DE PRACTICAS.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA