



INFORMACION DE NUEVOS PACIENTES
POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE

Medical Group, Inc.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Casado Soltero Viudo Divorciado Separado Sexo M F

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____

Código _____ Tel. () _____ Correo Electrónico _____

Número de Tel. Alternativo o de Celular () _____

Número de Seguro Social # _____ - _____ - _____

Nombre De Farmacia _____ Tel. () _____

Nombre del Empleador _____ Tel. () _____

Domicilio de Empleo _____ Ocupación _____

Persona Responsable (si es Menor de Edad) _____ Tel. () _____

Nombre del Empleador _____ Tel. () _____

Domicilio de Empleo _____ Ocupación _____

Número de Seguro Social # _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Contacto de Emergencia: _____

Tiene Seguro Médico o de Visión? No Si: Medico Visión

Nombre de Persona Asegurado (Si es diferente al paciente) _____

Relación: _____ M F Fecha de Nacimiento ____/____/____

Núm. de Seguro Social del Asegurado # _____ - _____ - _____ Nombre de Seguro _____

Fue su condición causada en el trabajo o accidente? No Si

Por quien fue referido? _____

Yo pido que el pago beneficios médicos autorizados sean hechos en mi nombre a cualquier de North Valley Eye Medical Group, Inc. Por servicios dados por ese médico o proveedor. Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar estos reclamos al seguro mencionado arriba o sus agentes.

_____ **Fecha** _____ **Firma del Paciente o Persona Responsable**

CUENTA DEL PACIENTE: Yo estoy de acuerdo de pagar mi cuenta por los servicios recibidos. Si por alguna razón tengo un balance pendiente en mi cuenta, yo acepto pagarlo inmediatamente. Entiendo y acepto hacer, cualquier arreglo para los pago sean hechos a su debido tiempo con el/la administrador de la oficina. En caso de que fuera necesario litigar para los servicios rendidos, yo soy responsable de pagar los cobros de abogado, corte y cualquier otro costo incurrido para cobrar los pagos a deber.