

John J. Riggs Oficina de Optometry Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Domicilio: _____ Estado de Nacimiento: _____ Edad: ____
Ciudad/Estado/Zona Postal: _____ Nombre de Soltera de su Madre: _____
Numero de Teléfono: () _____ Teléfono de Trabajo: () _____
Numero de Seguro Social: _____ Email: _____
Ocupación: _____ Pasatiempos: _____
La persona responsable de los pagos, si no es el paciente: _____

Nombre _____ Domicilio _____ Teléfono de casa y trabajo _____

Aseguranza Visual:

Medicare No Si Número de Medicare: _____
VSP No Si Número de VSP: _____
Otro: _____ Numero: _____

No tengo aseguranza visual

Método de pago: En Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito

¿Ha tenido Usted o alguien en su familia alguna de las siguiente enfermedades/operaciones en los ojos? Por favor, indique que parentesco tiene con usted. (e.g.: usted, madre, padre, abuelos, etc.)

Alta presión de sangre	<input type="checkbox"/>	_____	Bizco	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	_____	Operaciones de la vista	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias	<input type="checkbox"/>	_____	Cataratas	<input type="checkbox"/>	_____
Tiroides	<input type="checkbox"/>	_____	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	_____	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	_____
Otros:	<input type="checkbox"/>	_____	Síndrome de Raynaud	<input type="checkbox"/>	_____

Mencione cualquier medicamento que esta tomando: _____

¿Es alérgico a algún medicamento? _____

Usted usa cigarros/tabaco? _____ Alcohol? _____ Otras sustancia(s)? _____

¿Que problema especifico o síntoma lo hace visitar el oculista hoy? (¿Es esta visita para un examen anual?) _____

Su médico es _____

Su oculista anterior _____ OD MD

Su último examen fue _____ años.

En caso de emergencia: _____

Nombre _____ Relación _____ Domicilio _____ Teléfono de trabajo _____

Referencia: Lista de la Aseguranza Internet motor de búsqueda Localidad Amigo/ Familia _____

Asignación de Beneficios

Yo doy autorización para el pago de los beneficios de la aseguranza que se le hizo a John J. Riggs, OD. Esta designación permanecerá en efecto hasta que lo revoque por mí escrito. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si son o no son cubiertos por la aseguranza. En el caso de incumplimiento, me comprometo a pagar todos los costes de recogida, un 0.833% interes al mes, y los honorarios del abogado. Si la cuenta es enviada a una agencia de cobro, la tarifa será del 30% de la carga debe y se añadirá a la cantidad total adeudada. Todas las cuotas se deben pagar en el momento de servicio a menos que se acuerde lo contrario. No hay registros o prescripciones se dará a conocer hasta el pago completo se recibe. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a toda la información necesaria para asegurar el pago de todos los beneficios. Yo entiendo que la sustitución de un marco de la garantía está sujeta a una tarifa de envío / manipulación. **Yo entiendo y estoy de acuerdo en que si yo o cualquier miembro de mi familia olvida una cita programada y no soy capaz de cancelar con al menos 24 horas de aviso que se le cobrará.** También estoy de acuerdo que una copia de este acuerdo tendrá la misma validez que el original.

Firma: _____ Fecha: _____