

El Paso Eye Surgeons, P.A.
1201 North Mesa
El Paso, Texas 79902

Información del Paciente Nuevo

Bienvenido a nuestra oficina. Por favor complete ambos lados de ésta forma y devuélvala a la recepcionista quien lo va a usar para preparar su archivo.

POR FAVOR IMPRIMA

1. Nombre _____ Fecha _____

2. Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

3. Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Hombre/Mujer _____ Número de Seguro Social _____

4. Teléfono, (en el día) _____ Teléfono (en la noche) _____

5. Ocupación _____ Empleador _____

6. Nombre del cónyuge _____ Empleador _____

Dirección/Teléfono _____

Por favor marque Soltero Casado Viudo Divorciado

7. Complete si es menor de 18 años o es estudiante

Nombre del Padre _____ Empleador _____

Dirección/Teléfono _____

Nombre de la Madre _____ Empleador _____

Dirección/Teléfono _____

8. Nombre del médico que lo remitió _____

9. ¿Es usted personalmente responsable por el pago de los cobros? Si No Si no es responsable, ¿Quién lo es?

Nombre _____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

10. ¿Cubre su seguro de salud alguna porción de su examen de ojos? Si No

Si está cubierto, ¿Quién lo cubre?

Medicare Número _____ Medicaid Número _____

Blue Cross/Blue Shield Póliza _____ Tipo _____ Nombre del Miembro del Plan _____

Compensación al Trabajador (lesión en el trabajo) ¿A quién se le envía la cuenta? _____

Otro seguro médico _____ Póliza/Número del Miembro _____

Nombre/Dirección del Segundo Seguro Médico _____