



# 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.