

Mission Optometry

Fecha: _____

Informacion de Paciente

Apellido _____

Nombre _____

Direccion _____

Ciudad _____

Estado _____ Codigo Postal _____

Celular _____

Telefono Casa _____

Telefono Trabajo _____

#Seguro Social _____

Empleador/Escuela _____

Ocupacion _____

Nombre de su conyuge o su padre/madre _____

Trabajo de su conyuge o su padre/madre _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Sexo: Hombre Mujer

Correo
Electronico _____

Persona con Quien comunicase en caso de emergencia?

(Nombre) (Telefono) (Relationship)

Importante!

Quien podemos agradecer por referirle a nuestra oficina?
Nombre de su Amistad o de su pariente:

Si no fue referido, como usted eligio nuestra oficina?

- Otro Dr. _____
- Compania de Seguro
- Paciente de Regreso
- Letrero o Edificio
- Paginas Amarillas
- Informatica Web
- De Otra Forma

Informacion Del Seguro

Seguro De Vision

Nombre del Asegurado _____

Seguro Social del Asegurado _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

Seguro de Medico

Nombre del Doctor _____

HMO _____ PPO _____

Nombre del Asegurado _____

Seguro Social del Asegurado _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

Yo entiendo, soy responsable por algun caro que mi
aseguranza no cubra.

Pagos se hacen el mismo dia del servicio. Aceptamos
efectivo, cheques, Visa, Mastercard y Discover.

Yo autorizo el pago a Mission Optometry o Robert J.
Joyce, OD. Para todos los servicios que se hacen bajo
mi aseguranza.

Yo autorizo Cualquier informacion de mi hijo/a o
cualquier referencia medica to Mission Optometry o
Medical Provider. Yo estoy de acuerdo en recibir copia
de mi estado de salud.

**Mission Optometry tomara fotos de la Retina a todos
los pacientes para detectar cualquier enfermedad de
los ojos y se cobrara \$10.00 por las fotos.**

(Firma del paciente/del padre del guarda)

(Fecha)