

AUSTIN RETINA ASSOCIATES PATIENT INFORMATION

NOMBRE:

Apellido

Nombre

Inicial del Segundo Nombre

**ASILO O DIRECCION
POSTAL DOMICILIO:**

CIUDAD:

ESTADO:

ZONA POSTAL:

TELEFONO: CASA:()

CELULAR: ()

TRABAJO:()

FECHA DE NACIMIENTO: / /

EDAD:

RAZA:

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) VIUDO(A)

SEXO: MASCULINO FEMENINO

NUMERO DE LICENCIA

ESTADO:

NUMERO DE SEGURO SOCIAL:

EMPLEADOR:

OCUPACION:

DIRECCION:

CIUDAD:

ESTADO:

ZONA POSTAL:

**PADRES / CONTACTO DE
EMERGENCIA:**

TELEPHONO:()

CELULAR:()

NUMERO DE MEDICARE:

NUMERO DE MEDICAID:

COMPAÑIA DE SEGURO:

DIRECCION:

CIUDAD:

ESTADO:

ZONA POSTAL:

ASEGURADO:

**FECHA DE NACIMIENTO DEL
ASEGURADO: ___/___/___**

**NUMERO DE SEGURO
SOCIAL:**

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO:

NUMERO DE GRUPO:

RELACION DEL PACIENTE:

OTRO NOMBRE DE COMPAÑIA DE SEGURO:

DIRECCION:

CIUDAD:

ESTADO:

ZONA POSTAL:

NOMBRE DEL ASEGURADO:

**FECHA DE NACIMIENTO DEL
ASEGURADO: ___/___/___**

**NUMERO DE SEGURO
SOCIAL:**

NUMERO DEL IDENTIFICAION DEL ASEGURADO:

NUMERO DE GRUPO:

RELACION DEL PACIENTE:

MEDICO DE REFEENCIA: (nombre)

(apellido)

DIRECCION:

CIUDAD:

ESTADO:

ZONA POSTAL:

MEDICO PRIMARIO: (nombre)

(apellido)

DIRECCION:

CIUDAD:

ESTADO:

ZONA POSTAL:

Yo autorizo a cualquier y todos los beneficios de seguro a cuales yo estoy permitido para servicios rendios por Austin Retina Associates. Yo estoy de acuerdo que es mi responsabilidad de pagar cargos no cubiertos por mi seguro. Yo autorizo a cualquier poseedor de información media u otro que libre dicha información a La Administración De Seguro, HCFA y sus filiales, y cualquier otros portadores de seguro o proveedores de asistencia médica, cualquier información necesaria para este u otro reclamo médico relacionado. Yo permito que se use una copia de esta autorización en el lugar de la original.

FIRMA: _____ **FECHA:** ___/___/___