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 LICENSIA 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 qualquier y todos los beneficios de seguro a cuales yo estoy permitido para servicios rendios por Austin Retina Associates. Yo estoy de acuerdo que es mí responsa bilidad de pagar cargos no cubiertos por mi seguro. Yo autorizo a qualquier poseedor de información media u otro que libre dicha información a La Admistración De Seguro, HCFA y sus filiales, y cualquier otros portadores de seguro o proveedores de asistencia médica, qualquier 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:_____/_____/_____