EYE SPECIALISTS OF ESCONDIDO – INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente Nacimiento del paciente Etnicidad

Número de seguro social Estado civil

Dirreción de casa Cuidad Estado Código postal

Número de telefono

Empleador paciente Ocupación Número de telefono de trabajo

Nombre de su esposo/a (el nombre primero y apellido)

Empleador de su esposo/a Ocupación Número de telefono de trabajo

Contacto de emergencia (que no vive con usted, nombre completo) Número de telefono

Si esta cubierto por la póliza de su esposo/a, socio, padre o guardian, por favor díganos:

Nombre del subscriptor Número de seguro social Fecha de nacimiento

Dirreción de casa (si es diferente del paciente)

Proporcione una dirreción de correo electrónico si desea recibir información sobre la salud del paciente: _____

Acuerdo de beneficios con divulgación de información:

Por la presente autorizo a Eye Specialists of Escondido a proporcionar información a las compañías de seguros sobre mi enfermedad y tratamientos. Por la presente asigno a Eye Specialists of Escondido todo el pago por los servicios medicos prestados a mis dependientes o a mí mismo. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por la compañía de seguros.
Entiendo que se pueden usar gotas para dilator mis ojos y pueden nublar mi vision temporalmente. Me aconsejaron que evitara conducer durante este tiempo de posible discapacidad visual por mi propia seguridad.

Fecha: _____

Firma de paciente: _____