

THE CENTER FOR CORRECTIVE EYE SURGERY, LLC

Forma de Registracion

Fecha ____/____/____

Medico _____

PATIENT INFORMATION

Apellido De Paciente: _____ Primer Nombre _____ Medio Initial _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Numero de casa: _____ (cell) _____ SS# _____

Direccion de domicilio: _____, Ciudad _____, Estado _____,

Codigo Postal: _____ Ocupacion: _____

Empleo: _____ Numero de Telefono: _____

Medico Primario: _____, Numero De Telefono: _____

Como escucho de nuestra practica? _____

Correo Eletronico: _____

INSURANCE INFORMATION

Nombre de suscriptores: _____ Fecha De Nacimiento ____/____/____

Direccion _____, Ciudad _____,

Estado: _____, Codigo Postal: _____ Nombre de seguro: _____,

ID# _____, Group # _____

IN CASE OF EMERGENCY

Nombre Del amigo Familiar Local (no con la misma direccion) _____

Numero de telefono: _____

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo al Centro de Cirugía Ocular Correctiva, LLC oa la compañía de seguros a revelar cualquier información requerida para procesar mis

X _____

Firma del Paciente

Fecha