

John J. Riggs Oficina de Optometry Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Domicilio: _____ Estado de Nacimiento: _____ Edad: ____
Ciudad/Estado/Zona Postal: _____ Nombre de Soltera de su Madre: _____
Numero de Teléfono: () _____ Teléfono de Trabajo: () _____
Numero de Seguro Social: _____ Email: _____
Ocupación: _____ Pasatiempos: _____
La persona responsable de los pagos, si no es el paciente: _____

Nombre _____ Domicilio _____ Teléfono de casa y trabajo _____

Aseguranza Visual:

Medicare No Si Número de Medicare: _____
VSP No Si Número de VSP: _____
Otro: _____ Numero: _____

No tengo aseguranza visual

Método de pago: En Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito

¿Ha tenido Usted o alguien en su familia alguna de las siguiente enfermedades/operaciones en los ojos? Por favor, indique que parentesco tiene con usted. (e.g.: usted, madre, padre, abuelos, etc.)

Alta presión de sangre	<input type="checkbox"/>	_____	Bizco	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	_____	Operaciones de la vista	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias	<input type="checkbox"/>	_____	Cataratas	<input type="checkbox"/>	_____
Tiroides	<input type="checkbox"/>	_____	Lastimaduras de ojo	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	_____	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	_____
Otros:	<input type="checkbox"/>	_____	Infección de los ojos	<input type="checkbox"/>	_____

Mencione cualquier medicamento que esta tomando: _____

¿Es alérgico a algún medicamento? _____

Usted usa cigarros/tabaco? _____ Alcohol? _____ Otras sustancia(s)? _____

¿Que problema especifico o síntoma lo hace visitar el oculista hoy? (¿Es esta visita para un examen anual?) _____

Su médico es _____

Su oculista anterior _____ OD MD

Su último examen fue _____ años.

En caso de emergencia: _____

Nombre _____ Relación _____ Domicilio _____ Teléfono de trabajo _____

Referencia: Lista de la Azeguranza Internet motor de búsqueda Localidad Amigo/ Familia _____

Asignación de Beneficios

Yo doy autorización para el pago de los beneficios de la aseguranza que se le hizo a John J. Riggs, OD. Esta designación permanecerá en efecto hasta que lo revoque por mí escrito. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si son o no son cubiertos por la aseguranza. En el caso de incumplimiento, me comprometo a pagar todos los costes de recogida, un 1.5% por cargo de financiamiento al mes, y los honorarios del abogado. Si la cuenta es enviada a una agencia de cobro, la tarifa será del 30% de la carga debe y se añadirá a la cantidad total adeudada. Todas las cuotas se deben pagar en el momento de servicio a menos que se acuerde lo contrario. No hay registros o prescripciones se dará a conocer hasta el pago completo se recibe. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a toda la información necesaria para asegurar el pago de todos los beneficios. Yo entiendo que la sustitución de un marco de la garantía está sujeta a una tarifa de envío / manipulación. Yo entiendo y estoy de acuerdo en que si yo o cualquier miembro de mi familia olvida una cita programada y no soy capaz de cancelar con al menos 24 horas de aviso que se le cobrará. También estoy de acuerdo que una copia de este acuerdo tendrá la misma validez que el original.

Firma: _____

Fecha: _____