

**Arizona Glaucoma Especialista, P.C.**

**Registro de Paciente**

Apellido del Paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Numero Telefonico \_\_\_\_\_ Sexo M F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Estado Marital: \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ V do (a)

Numero Seguro Social \_\_\_\_\_

Estado de Empleo: \_\_\_\_\_ Empleado \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_ Retirado \_\_\_\_\_ Otro

Empleado Por \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_

Paciente Recomendado Por (Nombre de Dr.) \_\_\_\_\_

Nombre de Dr Primario \_\_\_\_\_

**Informacion de Seguro:**

Nombre de Asegurado (a) \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguranza \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Numero de Poliza \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

El Monto del (a) Co-Pagar (Si Aplica) \$ \_\_\_\_\_

Segundo Asegurante \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Numero de Poliza \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_ Relacion Con el (la) Asegurdo (a) \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION:**

Yo autorizo con caracter irrevocable el pago de los beneficios medicos hechos por el Dr. Jeffrey S. Kay difectamente. Y asi mismo autorizo al mismo para proveer informacion medica necesaria para determinar estos beneficios. La fotocopia de este autorizacion debe considerarse valida como la original. ;a persona con custodia para el cuidado del nino(a) es responsable por la cobranza. Cualquier arreglo de rembolsar de la(s) persona es extrictamente entre ustedes. Y yo entiendo que yo soy financieramente responsable por el pago al doctor po rsus servicios medicos.

Firma del responsable de Pago \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_