

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 _____