

Bienvenidos A Nuestra Oficina!

Nuestros records contienen la siguiente información.
Si hay errores, cambios, oh omisiones por favor
haga las correcciones en los blancos de abajo.

Uso interna	
Account Number _____	FD Initials _____
Waivers Signed (ABN, Finance, HIPPA)? Y N _____	Time: _____
Photograph Taken? Y N _____	
Copies of Insurance? Y N _____	
Address/Phone Number/E-mail Verified? Y N _____	

Appt. Date: _____

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><u>Título</u></td> <td style="width: 25%;"><u>Primer Nombre</u></td> <td style="width: 10%;"><u>Inicial</u></td> <td style="width: 50%;"><u>Apellido</u></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><u>Nombre de Preferencia</u></td> <td><u>Fecha de Nacimiento</u></td> <td><u>Sexo</u></td> <td><u>Dirección Postal</u></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;">M/F <input style="width: 50%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><u>Teléfono de Día</u></td> <td><u>Teléfono de la casa</u></td> <td colspan="2"><u>Seguro Social #</u></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td colspan="2"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><u>Lugar de Empleo</u></td> <td colspan="3"><u>Nombre de Esposa oh Esposo</u></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td colspan="3"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><u>Correo Electrónico</u></td> <td colspan="3"><u>En caso de emergencia contacto / teléfono</u></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td colspan="3"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><u>Plan de Visión</u></td> <td colspan="3"><u>Nombre del Asegurado</u></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td colspan="3"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><u>Dirección de la Asegurado</u></td> <td><u>Grupo #</u></td> <td colspan="2"><u>ID#</u></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td colspan="2"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	<u>Título</u>	<u>Primer Nombre</u>	<u>Inicial</u>	<u>Apellido</u>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<u>Nombre de Preferencia</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Sexo</u>	<u>Dirección Postal</u>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	M/F <input style="width: 50%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<u>Teléfono de Día</u>	<u>Teléfono de la casa</u>	<u>Seguro Social #</u>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<u>Lugar de Empleo</u>	<u>Nombre de Esposa oh Esposo</u>			<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>			<u>Correo Electrónico</u>	<u>En caso de emergencia contacto / teléfono</u>			<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>			<u>Plan de Visión</u>	<u>Nombre del Asegurado</u>			<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>			<u>Dirección de la Asegurado</u>	<u>Grupo #</u>	<u>ID#</u>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<p>Cómo lo podemos contactar? Teléfono de Casa Teléfono Día Correo _____</p> <p><i>Si el pásenle es un niño:</i></p> <p><u>Nombre del Padre</u> <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><u>Dirección del Padre (Si es diferente)</u> <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><u>Nombre de la Escuela</u> <u>Grado</u> <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Nombre <input type="checkbox"/> Señor Del Maestro <input type="checkbox"/> Señora _____</p> <p><u>Cómo hoyo de nuestra oficina?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Nuestra Pagaría de Internet <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas <input type="checkbox"/> Libreto de Aseguranza <input type="checkbox"/> La Familia ah Estado Aquí <input type="checkbox"/> Doctor de Cuidado Principal - Dr. _____ <input type="checkbox"/> Especialista de Visión - Dr. _____ <input type="checkbox"/> Estaba en el Edificio <input type="checkbox"/> Feria de Salud oh Lectura <input type="checkbox"/> Uno de nos pacientes lo refirió Nombre _____ <input type="checkbox"/> Otra Razón _____</p> <p><u>Persona Responsable Financieramente</u> _____</p>
<u>Título</u>	<u>Primer Nombre</u>	<u>Inicial</u>	<u>Apellido</u>																																																						
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																																						
<u>Nombre de Preferencia</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Sexo</u>	<u>Dirección Postal</u>																																																						
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	M/F <input style="width: 50%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																																						
<u>Teléfono de Día</u>	<u>Teléfono de la casa</u>	<u>Seguro Social #</u>																																																							
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																																							
<u>Lugar de Empleo</u>	<u>Nombre de Esposa oh Esposo</u>																																																								
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																																								
<u>Correo Electrónico</u>	<u>En caso de emergencia contacto / teléfono</u>																																																								
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																																								
<u>Plan de Visión</u>	<u>Nombre del Asegurado</u>																																																								
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																																								
<u>Dirección de la Asegurado</u>	<u>Grupo #</u>	<u>ID#</u>																																																							
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																																							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><u>Plan Medico</u></td> <td style="width: 50%;"><u>Nombre de Asegurado</u></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><u>Dirección de la Asegurado</u></td> <td><u>Grupo #</u> <u>ID#</u></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	<u>Plan Medico</u>	<u>Nombre de Asegurado</u>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<u>Dirección de la Asegurado</u>	<u>Grupo #</u> <u>ID#</u>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<p><u>Favor de seleccionar modo de pago:</u> <input type="checkbox"/> Aseguransa <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Cheque o efectivo Pago es esperado al tiempo de servicio, incluyendo las porciones no cubiertas por su aseguranza.</p> <p>Favor de apuntar nombre y dirección de doctor de familia: _____ _____ _____</p> <p>Yo autorizo el pago de los beneficios médicos los doctores o el encargado de los servicios hechos.</p> <p>Firma: _____ Nombre Imprintado: _____</p>																																																
<u>Plan Medico</u>	<u>Nombre de Asegurado</u>																																																								
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																																								
<u>Dirección de la Asegurado</u>	<u>Grupo #</u> <u>ID#</u>																																																								
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>																																																								
<p>Yo autorizo el uso de cualquier record medico o otra información necesaria para el proceso de la aseguranza. También recuesto el pago de los beneficios del gobierno a mi o cualquier otro miembro que lo acepte.</p> <p>Firma: _____ Nombre Imprintado: _____</p>	<p>Yo autorizo el pago de los beneficios médicos los doctores o el encargado de los servicios hechos.</p> <p>Firma: _____ Nombre Imprintado: _____</p>																																																								