

# NORTH CAROLINA RETINA



Forma para Registrar el Paciente

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: Celular \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo (otro) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social # \_\_\_\_\_ Lugar de Empleo \_\_\_\_\_

(Por favor Circule) **Hombre – Mujer** Estado Civil (Por favor Circule) **Casado/Divorciado/Soltero/Viudo**

**RAZA/GRUPO Étnico** (Por favor circule)

Indio Americano/Nativo de Alaska/Asiático/Negro o Afroamericano/Chino/Filipino/Hispano o Latino/Japonés /  
Koreano/Nativo de Hawai /Islas del Pacífico /Otro/Desconocido/Blanco/Rechaza proporcionar raza

Contacto de emergencia: Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Medico General \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Marque aquí solamente si desea recibir solamente estados de cuenta **ELECTRÓNICOS**. De lo contrario, se  
enviarán facturas de papel por correo.

## Información **DEL SEGURO MÉDICO**

Nombre de la compañía de seguros primaria \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ (Seguro) Teléfono # \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros secundaria \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ (Seguro) Teléfono # \_\_\_\_\_

## INFORMATION DEL GARANTIZADOR

Marque aquí si el **PACIENTE** es financieramente responsable

Si alguien **APARTE DEL PACIENTE** es financieramente responsable por favor complete la siguiente información:

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_