

NORTH CAROLINA RETINA

Forma para Registrar el Paciente



Información de el Paciente

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Apodo _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

(circule) Masculino /Feminino Teléfono de Casa # _____ Teléfono de Trabajo/Oficina) # _____

Celular # _____ Numero de Seguro Social # _____ Estado Civil - (Circule)
Casado /Divorciado / Soltero / Viudo

Correo Electrónico _____ Lugar de Empleo _____

Referencia en Caso de Emergencia / Relación Parentesco _____

Teléfono # _____

Medico General _____ Teléfono # _____

Información de Aseguranza

Compania de Aseguranza Principal _____

Nombre del Asegurado (si no es el paciente) _____ Relación Parentesco _____

Fecha de Nacimiento _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono de la Aseguradora# _____

Grupo de Poliza # _____ Numero de Poliza# _____

Compania de Aseguranza Secundaria _____

Nombre del asegurado (si no es el paciente) _____ Relación Parentesco _____

Fecha de Nacimiento _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono de la Aseguradora# _____

Grupo de Poliza # _____ Numero de Poliza # _____

Información de la Persona Financieramente Responsable

Marque aquí si el paciente es financieramente responsable. Si no, por favor provea la siguiente información

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Numero de Seguro Social# _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____