

# Family Vision Associates, P.A.

## Bienvenido a Nuestra Oficina

Para brindarle un servicio más rápido, por favor llene el siguiente formulario antes de llegar a nuestra oficina.

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

**Si es un menor, Nombre de padre o madre responsable** \_\_\_\_\_

**Domicilio** \_\_\_\_\_

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

**Tel. Cel.** \_\_\_\_\_ **Tel. de casa:** \_\_\_\_\_ **Tel. lugar de trabajo** \_\_\_\_\_

**Forma preferida de contacto: Tel. celular-texto/Mensaje hablado, Trabajo, Tel. de casa o Email**

**Dirección de E-mail** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Sexo: Masc. o Fem.** \_\_\_\_\_ **Núm. de S.S.** \_\_\_\_\_

**Patrón** \_\_\_\_\_ **Ocupación** \_\_\_\_\_

**Patrón del esposo o esposa** \_\_\_\_\_ **Ocupación** \_\_\_\_\_

**Compañía de Seguros Para la Salud** \_\_\_\_\_ **Núm. de Póliza** \_\_\_\_\_

**Medicare** \_\_\_\_\_ **Núm. De Póliza** \_\_\_\_\_

**¿Cómo se enteró de nuestros servicios?** \_\_\_\_\_

-----

Autorizo la liberación de cualquier información necesaria para que se me practique el más completo examen de la vista. Estoy enterado de que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean o no cubiertos por el seguro. El pago se vence al momento en que se rindan los servicios.

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_