

**THE VISION SOURCE - GARLAND
FORMA DE REGISTRO**

Fecha:						
INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Apellido del Paciente:	Nombre:	Segundo Nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Señorita <input type="checkbox"/> Sra.	Estado Civil (elijá uno) Soltero/a / Casado/a / Divorciado/a Separado/a / Viudo/a		
Apodo:		Fecha de Nacimiento: / /		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección (No P.O. box):		Número de Seguro Social:		Número de Teléfono de Casa: ()		
Ciudad:		Estado:	Código postal:	Número de Teléfono del celular: ()		
Ocupación:		Lugar de empleo:		Número de Teléfono del Trabajo: ()		
Nombre de Esposo/a:	Fecha de Nacimiento de Esposo/a	Edad:	Empleador del Esposo/a:	Número de Seguro Social:		
Dirección de Correo Electrónico:			Número de Licencia de Conductor:			
INFORMACIÓN DE SEGUROS						
Persona responsable de la cuenta:	Fecha de Nacimiento: / /	Número de licencia de manejo del asegurado:		Número de Teléfono de Casa : ()		
Nombre de seguro de Visión	Número de grupo:	Número de Póliza :				
¿Este miembro es un paciente aquí?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vine a esta oficina porque: <input type="checkbox"/> Mi esposo/esposa me obligó. <input type="checkbox"/> Me perdi. Yo buscaba un Mc Donald's. <input type="checkbox"/> Lista de seguros. <input type="checkbox"/> Fui referido por doctor. _____ <input type="checkbox"/> Fui referido por otro paciente (nombre) _____				
Mi pago será hecho para servicios dados en: <input type="checkbox"/> Dinero efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Amex <input type="checkbox"/> Discover					LA IDENTIFICACIÓN DE FOTO ES REQUERIDA PARA TODA LA TRANSACCIÓN.	
¿Tiene El Paciente Cobertura Medica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
La relación del paciente con el asegurado:	<input type="checkbox"/> Miembro	<input type="checkbox"/> Esposo/a	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro		
EN CASO DE EMERGENCIA						
Nombre de amigo local o pariente (no viviendo en la misma dirección):	Relación a paciente:	Número de Teléfono de Casa:	Número de Teléfono del Trabajo:			
		()	()			
La presente información es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a el seguro para pagar directo a la Doctora. Entiendo que soy económicamente responsable de cualquier balance. También autorizo a Visión Source o la compañía de seguros para intercambiar cualquier información requerida en referencia a mis reclamos.						
Firma de paciente/Guardián			Fecha			