

Gilman & Vorster Optometry
Formulario de actualización de información de pacientes

Estimado paciente:

Por favor tome un momento para completar este formulario para que podamos hacer que nuestros registros estén precisos actuales.

Después de que haya terminado de completar esto, por favor traiga hasta la recepción una copia de su tarjeta de aseguranza.

Nombre: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: XXX-XXX-____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Nombre de persona de contacto en caso de emergencia:

Teléfono: _____

Si su seguro es proporcionada a través de alguien que no sea usted, por favor complete:

Nombre de asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Entiendo y acepto que las policias de salud y seguro de accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que la Oficina del doctor preparará los informes necesarios y formas para que me ayude en la fabricación de la colección de la compañía de seguros y cualquier cantidad autorizada a pagarse directamente a la Oficina del médico se cargarán en mi cuenta en el recibo. Sin embargo, claramente comprendo y acepto que todos los servicios prestados me pagan directamente a mí y que yo soy personalmente responsable del pago. Si no se recibe el pago en 30 días después de ser facturados por esta oficina, es un re-billing de la cuota de \$3.00 añadido cada 30 días.

Mi firma a continuación reconoce también que me dieron la oportunidad de recibir las prácticas de política de privacidad de Gilman & Vorster Optometría, Inc. Además, mi firma abajo autoriza también Gilman & Vorster Optometría, Inc. para liberar mi información de salud privada a otros médicos, escuelas, etc. por mi petición verbal.

Todos los pacientes deben firmar y fechar:

Firma del paciente

Fecha