

**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 seguridad.**

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: \_\_\_\_\_

Entiendo y acepto que las pólizas 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