



Oregon Retina Center

Bienvenidos a nuestra oficina. Por favor tome su tiempo para llenar nuestras formas de información para pacientes nuevos. Toda la información es confidencial y solamente es liberada con su consentimiento escrito. Gracias por escoger a nuestra oficina para ayudarle asistir con su cuidado de retina.

Masculino Femenino

Número de Seguro Social _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de Cónyuge _____

Fecha de Nacimiento de Cónyuge _____

___ Casado/a ___ Soltero/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a

Domicilio _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Dirección de envío (Si es diferente del Domicilio)

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono de

Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Correo

electrónico _____

Contacto de Emergencia

Nombre

Número de Teléfono

Relación

Oftalmólogo/Optometrista _____

Médico de Atención

Primaria _____

Ocupación-Empleador _____ Jubilado _____

Domicilio de Empleo _____

Seguro Medico _____	ID _____	Grupo _____
Nombre del Subscriptor	Fecha De Nacimiento	Relación
Segundo Seguro _____	ID _____	Grupo _____
Nombre del Subscriptor	Fecha De Nacimiento	Relación
Tercer Seguro _____	ID _____	Grupo _____
Nombre del Subscriptor	Fecha De Nacimiento	Relación

Yo autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar todos reclamos.
Yo autorizo la liberación de pagos o beneficios médicos a mi doctor/doctora.

Firma de Paciente _____ **Fecha** _____