

TRI VALLEY OPTOMETRY

¡Bienvenido a Tri Valley Optometry!

Para establecer un acuerdo con usted, por favor de poner toda su información en las líneas indicadas:

¿Quien le recomendó a nuestra oficina? _____

POR FAVOR DE ESCRIBIR LA INFORMACION CLARAMENTE

(Dr., Sr., Sra., Srta.) Apellido _____ Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Número Celular _____ Casa _____ Trabajo _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Estado Civil: Casado (a) Soltero (a) Divorciado (a) Viudo (a)

Nombre de donde trabaja _____ Ocupación _____

Domicilio de su trabajo _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Nombre de la persona responsable de la cuenta _____

Relación _____ Domicilio _____

Nombre del trabajo de la persona responsable _____

Nombre de la persona a quien llamar en caso de emergencia _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Es necesario pagar por todos los servicios cuando estén terminados. Si tienen seguro, trataremos de verificare con su seguro los beneficios. En caso de que el seguro no cubra/page, es la responsabilidad del paciente pagar la cuenta.

Por favor de indicar la información de su seguro

Nombre del seguro _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Numero de telefono _____

Nombre de la persona quien mantiene la seguro _____

Fecha de nacimiento _____ Seguro Social _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Método de pagar: EFECTIVO CHEQUE CREDITO

FIRMA _____ FECHA _____