



ACTUALIZAR:

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_

**BERG FEINFIELD**  
VISION CORRECTION

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO LEGAL NOMBRE LEGAL

TELÉFONO DE HOGAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE APT. O UNIDAD # \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NOMBRE ANTERIOR: \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_ MEJOR TIEMPO DE LLAMAR: \_\_\_\_\_

PARA PROVERLE A USTED LAS ÚLTIMAS NOTICIAS Y INFORMACIÓN, ESCRIBA SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

¿COMO LE GUSTARIA RECIBIR EL RECORDATORIO PARA SU CITA?

TELÉFONO FIJO  TELÉFONO CELULAR  MENSAJE DE TEXTO  CORREO ELECTRÓNICO

¿AUTORIZA FACILITAR SU INFORMACIÓN PERSONAL? SI  NO  MÉDICO  FACTURA   
LA PERSONA AUTOIRIZADO: \_\_\_\_\_ (SI ES SI, POR FAVOR MARQUE LA CAJA INDICADA)

¿COMO SUPISTE DE NOSOTROS? DOCTOR GENERAL  AMIGO  SU SEGURO MÉDICO  SITIO WEB

OTROS SERVICIOS QUE OFRECEMOS: LASIK  CIRUGÍA DE PÁRPADOS  CANROSIDAD DE OJO  BOTOX   
(MARQUE LA CAJA INDICADA PARA MAS INFORMACION)

MÉDICO REMITENTE / MÉDICO DE CABACERA: \_\_\_\_\_

COMPañÍA DE SEGUROS PRIMARIA \_\_\_\_\_

NÚMERO DE POLIZA \_\_\_\_\_

COMPañÍA DE SEGUROS SECUNDARIA \_\_\_\_\_

NÚMERO DE POLIZA \_\_\_\_\_

NÚMERO DE MEDICARE # \_\_\_\_\_ NÚMERO DE MEDI-CAL # \_\_\_\_\_

ES MIEMBRO DE UN: HMO  PPO  ES ESTO UN COMPENSACION DE LOS TRABAJADORES: SI  NO

NOMBRE DE EMPLEO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELÉFONO TRABAJO # \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ESPOSA: \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

EMPLEO DE ESPOSA: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DE ESPOSO(A): \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

LISTA DE MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO: \_\_\_\_\_

¿ALLÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTOS? \_\_\_\_\_

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN OCULAR: \_\_\_\_\_ EXAMINADOR DE OJOS ANTERIOR: \_\_\_\_\_

¿HAY ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDA OCULARES? \_\_\_\_\_

¿CIRUGÍA OCULARES? \_\_\_\_\_

¿CON QUIEN NOS COMUNICAMOS EN CASO DE UNA EMERGENCIA?

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE, DOMICILIO, NÚMERO DE TELÉFONO DE UN PARIENTE QUE NON VIVA CON USTED:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LA RELACIÓN: \_\_\_\_\_

---

NOMBRE DE ESPOSO(A) O GUARDIÁN DEL PACIENTE SI ES MENOR DE EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE LOS PADRES OR GUARDIÁN: \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL: \_\_\_\_\_

SOCIAL DE ESPOSO(A) / PADRES O GUARDIÁN: \_\_\_\_\_

---

## INFORMACION DE FRACTURACIÓN

### PACIENTES NO ASEGURADOS:

Si usted no esta asegurado, es nuestra poliza de **Berg•Feinfield Vision Correction** que el pago se adeuda en el momento en que se prestan los servicio a menos que se haya realizado un acuerdo de pago previo.

Entiendo que soy financieramente responsable de pago de todos los cargos incurridos por los servicios recibidos de este consultorio médico.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Guardián si es menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### PACIENTES ASEGURADOS:

Yo el firmante, certifico que tengo (o mis dependientes) tenemos cobertura de seguro con:

\_\_\_\_\_  
Nombre de Compania de Seguro(s)

Yo asigno directamente a **Berg•Feinfield Vision Correction** todos los beneficios del seguro, si los hubiera, que de otra manera me pagarian por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todo los cargos incurridos por los servicios recibidos de este consultorio médico sean pagados por el seguro. Yo autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas los envios de seguros.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Guardián si es menor

\_\_\_\_\_  
Fecha