

**INFORMACION DEL PACIENTE**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ F \_\_\_ M \_\_\_ SOLTERO/A \_\_\_\_\_ CASADO/A \_\_\_\_\_ VIUDO/A \_\_\_\_\_ DIV. \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

LUGAR DE EMPLEO \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

**PERSONA A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA**

NOMBRE \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

**PERTENESE USTED A ALGUN PLAN HMO O PROGRAMA MEDICO PRE - PAGADO**

SI \_\_\_ NO \_\_\_

**PRIMER SEGURO MEDICO**

PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_ NUMERO DE IDENTIFICACION \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ASEGURANZA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

**SEGUNDO SEGURO MEDICO**

PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_ NUMERO DE IDENTIFICACION \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ASEGURANZA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_



POR ESTE MEDIO, YO AUTORIZO A CLAREMONT EYE ASSOCIATES MEDICAL GROUP, A DAR QUALQUIER INFORMACION MEDICA RESPECTO A MI PERSONA O DE MIS DEPENDIENTES, A LAS COMPANIAS DE SEGUROS, DESDE EL MOMENTO QUE LO SOLICITEN O QUE TERMINE DICHO TRATAMIENTO Y SEA REVOCADO POR ESCRITO. AUTORIZO A MI SEGURO MEDICO QUE PAGA DIRECTAMENTE A CLAREMONT EYE ASSOCIATES MEDICAL GROUP. EN CASO DE QUE ME ASEGURANZA NO PAGA EN TOTAL O PARCIAL, YO ME HARE CARGO DE PAGAR EL BALANCE RESTANTE. INCLUSO TODOS LOS GASTOS DE COLECCION SI ESTOS FUERAN NECESARIOS.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**