

## 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 \_\_\_\_\_  
Número 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 \_\_\_\_\_