





NOMBRE DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

DIRECCION DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TEL. TRABAJO: \_\_\_\_\_

NOMBRE ESPOSO (A): \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL ESPOSO (A): \_\_\_\_\_

EMPLEO DE SU ESPOSO (A): \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO ESPOSO (A): \_\_\_\_\_ NUM. TEL TRABAJO ESPOSO (A): \_\_\_\_\_

AUTORIZA QUE SE DISCUTA SU INFORMACION PERSONAL? SI  NO  MEDICA  FACTURA   
(SI, POR FAVOR MARQUE CIRCULO)

A QUIEN LLAMAMOS EN CASO DE EMERGENCIA?

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE FACTURACION

#### PACIENTES SIN SEGURO MEDICO:

Si usted no está asegurado, es nuestra poliza en Long Island Eye Surgical Care, PC que el pago sea saldo al momento de rendir los servicios.

Yo entiendo que soy responsable por el pago y cargos al recibir servicio por los medicos de esta oficina.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/Encargado si es Menor de Edad**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

#### PACIENTES ASEGURADOS:

Yo, el paciente certifico que mi persona (o mi dependiente) tenemos cobertura de seguro con:

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Seguro (s)**

Yo asigno directamente a Long Island Eye Surgical Care, PC todos los beneficios del seguro, si alguno, por los servicios recibidos. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos por los servicios recibidos por los medicos de esta oficina sean o no cubiertos por el seguro medico. Por la presente autorizo a Long Island Eye Surgical Care, PC a discutir cualquier informacion necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Con esta firma yo autorizo que se sometan todas las facturas al seguro medico.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/Encargado si es Menor de Edad**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**