

**EYE PHYSICIANS OF CENTRAL FLORIDA**

Una Division de Florida Pediatric Associates, LLC

**REGISTRACION DE PACIENTE**

ACCOUNT #: \_\_\_\_\_

Nombre Legal del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_F \_\_\_M

Direccion del hogar : \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Telefono del hogar: \_\_\_\_\_

Medico de Referido: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE PADRE/GUARDIAN**

Quien tiene la custodia del Paciente: \_\_\_ Padres \_\_\_ Madre solamente \_\_\_ Padre solamente \_\_\_ Abuelo/a \_\_\_ HRS/Otro

**\*\* SI NO SON LOS PADRES BIOLOGICOS, DOCUMENTOS JUDICIALES DEBEN ESTAR PRESENTE AL MOMENTO DE LA CITA\*\***

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Direccion del hogar : \_\_\_ Marque aqui si es el mismo que el anterior  
\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Telefono del hogar: \_\_\_\_\_

Telefono del hogar: \_\_\_\_\_ Telefono del celular: \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Direccion de empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Direccion del hogar : \_\_\_ Marque aqui si es el mismo que el anterior  
\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Telefono del hogar: \_\_\_\_\_

Telefono del hogar: \_\_\_\_\_ Telefono del celular: \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Direccion de empleador: \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO**

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de Titular de Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Direccion de Seguro: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de Elegibilidad: \_\_\_\_\_ Co-pago \$ \_\_\_\_\_ Deductible \$ \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de Titular de Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Direccion de Seguro: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de Elegibilidad: \_\_\_\_\_ Co-pago \$ \_\_\_\_\_ el Deductible \$ \_\_\_\_\_

**Se espera el pago COMPLETO cuando los servicios son prestados, por el paciente or persona acompanando al nino para tratamiento. Si nuestra oficina es participante de su seguro, todos cargos, co-pagos y deducibles seran colectado en el momento de cada visita. Arreglos para cualquier cosa que no sea el pago total el dia de la cita, tiene que ser aprobado antes de la cita. Es su responsabilidad entender y aceptar los terminos del plan individual de seguro. Si usted no puede suministrar informacion completa de su seguro en el momento de la visita, usted sera responsable de pagar los servicios COMPLETO. Yo entiendo que soy responsable financieramente por cualquier balance que no sea cubierto por mi seguro.**

He leído y entiendo la póliza de la oficina de pago y de acuerdo con los términos del Contrato.

Firma de Paciente / Guardian de Paciente : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre: \_\_\_\_\_

Si esta autorizacion es firmada por el representante personal del individuo por favor complete lo siguiente

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_