

Associated Ophthalmologists SC

Dr. David Morimoto Dr. Aras Zlioba

219 N Hammes Ave  
Joliet Il 60435

Phone 815-741-3220 Fax 815-741-3814

Nombre del Paciente : \_\_\_\_\_ Numero de Cuenta: \_\_\_\_\_  
Direccion : \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Codigo postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_  
Genero: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social : \_\_\_\_\_

Numero de Telefono : \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Nombre de la empresa donde trabaja : \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion : \_\_\_\_\_  
Numero del telefono del contacto de emergencia : \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_  
(Nuestro portal de pacientes le permitirá acceder con seguridad a ciertos elementos de su información de salud y los resultados de las pruebas)

A tenido cirugias en los ojos ? Si No Que tipo de cirugia? \_\_\_\_\_ Fecha? \_\_\_\_\_  
Cual es el Nombre de su doctor primario : \_\_\_\_\_

Nombre de la Farmacia y direccion : \_\_\_\_\_  
Es alergico a algun medicamento?: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento \_\_\_\_\_  
Es su visita de hoy Relacionada al Trabajo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Aseguransa Medica Principal \_\_\_\_\_ Telefono : \_\_\_\_\_  
Direccion de la aseguransa : \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

Aseguransa Medica Secundaria \_\_\_\_\_ Telefono : \_\_\_\_\_  
Direccion de la aseguransa : \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

**Nota:**

Los copagos, deducibles y cualquier saldo pendiente se cobrara en el dia de su visita. Como parte de nuestro servicio notros enviaremos la reclamación a su aseguransa medica. Los acuerdos financieros se deben hacer con nuestro departamento de cobros antes de cualquier servicio.

**Declaracion y divulgación de información y asignación de beneficios**

Por la presente autorizo la entrega de cualquier informacion medica que sea necesaria para procesar mi reclamacion del seguro y tambien autorizo la asignacion de todos los pagos al medico de todas las compañías de seguros por los servicios prestados. Entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones anteriores.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA