

## Forma de Registro

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Tel. de Casa: (    ) \_\_\_\_\_ Celular: (    ) \_\_\_\_\_  
Sexo:  Masculino  Femenino Estado Marital:  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
CDL: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fue Recomendado Por: \_\_\_\_\_  
Etnicidad: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_  
Método Preferido de Recibir Información Confidencial:  Celular  Tel. de Casa  Correo Electrónico  Correo

---

---

Método de Pago:  Efectivo  Medicare  Medi-Cal  HMO  Aseguranza  Otro(a) \_\_\_\_\_  
Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_ No. de Póliza: \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_

---

---

Complete esta sección si la persona responsable es otra persona diferente al paciente.

Nombre del Responsable: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Relación del Paciente al Asegurado:  Hijo(a)  Esposo(a)  Dependiente  Otro \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_  
Ocupación del Responsable: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

---

---

Complete esta sección si tiene una seguridad secundaria:  AARP  Blue Cross  Otra Aseguranza

Nombre de Seguridad: \_\_\_\_\_ No. de Póliza: \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_

---

---

En caso de emergencia, información de un contacto que tenga dirección diferente a la suya. **<No Deje En Blanco>**

Nombre: \_\_\_\_\_ Domicilio/Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Zonal Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

---

---

Yo autorizo a Soledad Eye Surgeons Medical Group que proporcione a mi seguridad cualquier información acerca de esta enfermedad o accidente y por medio irrevocable les asigno todos los pagos de servicios médicos y ópticos. Yo comprendo que soy yo financieramente responsable por todos los cobros, aunque sean cubiertos o no cubiertos por mi seguridad. Una copia de esta autorización será considerada tan válida como el original.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firmado por el:  Paciente  Padre  Esposo(a)  Otro \_\_\_\_\_  
 Guardián legal (documentos legales requerido) - Nombre \_\_\_\_\_