● ERIC J. POULSEN, MD ● AZHAR I. SALAHUDDIN, MD ● DAVID M. POULSEN, MD, MPH
● SHARON S. HIYAMA, OD ● PATRICK J. SCOTT, OD

1360 E. HERNDON AVE., SUITE #201 FRESNO, CA 93720 (559)449-5050 Fax (559)432-2632

FORMA DE INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____
Nombre de Pila Seguendo Nombre Apellido

Domicilio: _____ Telefono: _____

Telefono movil: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Seguro Social: _____ ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ ☐ Hombre ☐ Mujer

Si el paciente es un menor, quien es la persona responsable: _____

Nombre de compania del
trabajo de la persona responsible _____ Tipo de trabajo: _____

Domicilio de trabajo: _____ Telefono de trabajo: _____

Nombre de (Esposo o Esposa): _____ Compania de Empleado: _____

Nombre del medico de la familia: _____ Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

En caso de emergencia, contacte: _____ Telefono: _____

¿A quien le podemos dar gracias por recomendarnos?: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Primaria Compania de Aseguranza: _____

Numero de ID: _____ Numero de grupo: _____ Telefono: _____

Aseguranza secundaria: _____

Numero de ID: _____ Numero de grupo: _____

Autorizacion de aseguranza y Asignacion: (Por favor de leer y firma abajo)

Yo doy la autorizacion a Lawrence Eye Associates Medical Group, Inc. DBA InSight Vision Center que reciba informacion de mi compania(s) de aseguranza acerca las condiciónes y tratamientos que e recibido, y doy la autoridad al doctor(es) de toda la retrubucion por los servicios proporcianados por mi o mis dependientes. Yo entiendo que soy responsable de la cuenta que mi aseguranza no page.

Fecha: _____ Firma: _____