# Gooding Eye Care

317 Main. St.
Gooding, ID 83330

Información del paciente

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Apellido(paternal) | | | Nombres (los dos) | | |
| Dirección de casa | | | | Número de teléfono | Casa |
| Ciudad | Estado | Codigo | | | Cell |
| Fecha de Nacimiento | | | Edad | | Trabajo |
| Género M F | | Soltero | Casado | Otro | SSN |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Acogida responsible | | Nombre de esposo(a) | |
| Empleado | | Occupación | |
| Dirección y teléfono de empleado | | | |
| Familiar | | Relación | Teléfono |
| Pro menores | Padre | Empleado | Teléfono |
| | Madro | Empleado | Teléfono |

Modo de pagar Dinero Cheque Visa

Si tiene seguransa, por favor, presente su tarjeta para hacer una copia.

| |
|---|
| Nombre de seguransa por ojos |
| Nombre de seguransa medical |

Por favor, lea y firme abojo.

Quiero que pago de benefitos autorizados por me al doctores del Eyecare Center of Gooding, PA por los servicios me da este clinica. Autorizo los doctores del Eyecare Center of Gooding, PD al dar la compania de seguransa todo la información que ellos piden acerca de me condición presente. Entiendo que soy responsable por las cargas finscales que no pagan la seguransa. Autorizo la oficina de los doctores al hacer copias de este autorización, para que pueden poner una copia al seguransa para que el original se queda en la oficina del doctor, y autoriza la seguransa al aceptar este copia. Le dejo responsabilidad legal de los doctores de este autorización. Este autorización estará enforcado hasta que esta rechazado por me en escrito.

| | |
|---|---|
| Firma de paciente or padres | Fecha |