

Vision Quest

5421 La Sierra Drive – Dallas, TX – 75231-4186
4501 Joe Ramsey Blvd East, Suite 210 – Greenville, TX 75401
www.visionquestdallas.com

FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE

En letra de imprenta

Nombre de Paciente _____ Sexo **M** **F**
(Primer) (Inicial) (Apellido)

Dirección Residencial _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Teléfono Residencial (____) _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Teléfono Celular (____) _____ Correo Electrónico _____

Estado Marital: (circule uno) Soltero/a Casado/a Viudo/a Seguro Social ____ - ____ - ____

Contacto de Emergencia: (Nombre) _____ Relación _____

Teléfono (____) _____

Sitio de Empleo

Soy Retirado/a

Empleador _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (____) _____

A quien podemos agradecer por referirlo?

Doctor – nombre _____ OD / MD

Seguro Medico _____

Amistad, familiar, otro – su nombre _____

Paginas Amarillas Internet – sitio _____

Otro _____

Por favor de hacer una lista de los doctores actuales y anteriores con sus especialidades, direcciones, y números de teléfono. Tal vez será necesario obtener información médica.

DOCTOR

ESPECIALIDAD

DIRECCION

TELEFONO

| DOCTOR | ESPECIALIDAD | DIRECCION | TELEFONO |
|--------|--------------|-----------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Vision Quest

5421 La Sierra Drive – Dallas, TX – 75231-4186
4501 Joe Ramsey Blvd East, Suite 210 – Greenville, TX 75401
www.visionquestdallas.com

INFORMACION DE SEGURO MEDICO (en letra de imprenta)

Nombre Completo del Paciente _____

Tenedor de la póliza (**si no es el paciente**) Nombre _____

Dirección _____ Relación _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Teléfono Residencial (____) _____ Teléfono de Trabajo (____) _____

Por favor de seleccionar de las siguientes opciones que se aplican a usted (el paciente):

Medicare – Numero _____ - _____ - _____ Es su seguro Primario: **Si No**

- Esta cubierto con un plan de Medicare HMO? **Si No**

Si selecciono **Si**, cual es su plan de HMO? _____

Medicaid – Numero de Medicaid _____

Seguro Comercial #1

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Teléfono (____) _____

Código Postal _____

de Grupo/Póliza _____

de Identificación _____

Tenedor de Póliza (nombre) _____

Seguro Social del Tenedor _____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Teléfono para verificar cobertura (____) _____

Medico de Atención Primaria _____ Teléfono (____) _____

HMO PPO

Historial de Empleo del Tenedor de Póliza

Empleador _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Teléfono (____) _____ Código Postal _____

Relación al Paciente _____

Seguro Comercial #2

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Teléfono (____) _____

Código Postal _____

de Grupo/Póliza _____

de Identificación _____

Tenedor de Póliza (nombre) _____

Seguro Social del Tenedor _____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Teléfono para verificar cobertura (____) _____

Medico de Atención Primaria _____ Teléfono (____) _____

HMO PPO

Historial de Empleo del Tenedor de Póliza

Empleador _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Teléfono (____) _____ Código Postal _____

Relación al Paciente _____

No tengo seguro medico – (circule uno) Yo Pagare: En efectivo, cheque, Mastercard, Visa, Discover, American Express

Nombre de farmacia preferida _____

Teléfono de farmacia (____) _____ Numero de fax (____) _____

Yo también certifico y reconozco que he recibido una copia de **Aviso de Practicas de Privacidad (Notice of Privacy Practices)**

Firma _____

Fecha _____