

BIENVENIDO A LA CLINICA DE CUIDADO DEL OJO DE UAB

Formulario de información para el paciente

MRN:

Fecha de hoy: (mes/día/ año)

Sr. Sta. Sra. Estado civil: soltero casado viudo separado divorciado

Nombre del paciente: Apellido/s:

Nombre/s:

Sexo: masculino femenino

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Calle:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono de la casa: (____)

del trabajo: (____)

del celular: (____)

Dirección de correo electrónico:

Número de seguro social: _____

Apellido materno y país de nacimiento materno:

Por favor, tenga en cuenta que su número de seguro social y el apellido materno son utilizados como preguntas de seguridad para proteger su cuenta e información personal.

Idioma primario: _____

¿Tiene necesidades especiales? (silla de ruedas, deterioro de la audición y visión, etc.) _____

Raza: caucásico afroamericano hispano/latino asiático isleño del Pacífico americano indígena otra _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

¿Es usted estudiante o empleado de la UAB? _____

Información sobre el Seguro

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Relación con el paciente: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de grupo del seguro: _____ Número de identidad o de póliza: _____

Número de teléfono de compañía de seguros: _____

¿Tiene usted otro seguro? _____ Si es así, siga a continuación:

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Relación con el paciente: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección de empleador: _____ Ciudad : _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de grupo del seguro: _____ Número de identidad o de póliza: _____

Número de teléfono de compañía de seguros: _____

Firma _____ Fecha de hoy (mes/día/año): _____

¡IMPORTANTE! FAVOR DE LEER Y DE FIRMAR ESTA PÁGINA