

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de Nac: ____/____/____

Domicilio: _____ Apt#: _____

Ciudad _____ Estado _____ CP: _____

Num de tel: (____) _____ Otro num de tel: (____) _____

Sexo: M F

Num de S.S: _____

Fui recomendado por? _____

NOTIFICACION DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Num de tel: (____) _____

Relacion con paciente: _____

Yo, el paciente, o mi representante, autorizo a el/la Dr. (a) Mani la entrega de informacion relacionada con este cobro y autorizo el pago de este cobro directamente al doctor. Entiendo que mis ojos seran dilatados y que mi vision estara borrosa por varias horas. Puedo caminar y manejar bajo mi propio riesgo.

Firma: _____ Fecha: _____

(Paciente or representante)

El chasquido para aquí imprimir esta forma