

RETINA CENTERS, P.C.

- GEORGE S. NOVALIS, M.D., F.A.C.S.
- MARTIN A. WORRALL, M.D., F.A.C.S.
- RYAN K. WONG, M.D.
- SHREE K. KURUP, M.D., F.A.C.P.

NORTHWEST
 6585 N. Oracle Rd.
 Tucson, AZ 85704
 (520) 742-7444

EAST
 2375 N. Wyatt Dr.
 Suite 103
 Tucson, AZ 85712

SOUTHWEST
 1701 W. St. Mary's Rd.
 Suite 111
 Tucson, AZ 85745

GREEN VALLEY
 1151 S. La Cañada Rd.
 Suite 200
 Green Valley, AZ 85614

NW	E
SW	GV

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

APELLIDO
PRIMER NOMBRE
INICIAL

SEXO: H M **EDAD:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

MES/DIA/ANO

ESTADO CIVIL: S C V D **FUMA USTED?** SI _____ NO _____

DIRECCION EN ARIZONA: _____

CALLE Y NUMERO DE DOMICILIO
CIUDAD
ESTADO
CODIGO POST.

DIRECCION FUERA DE ARIZONA: _____

CALLE Y NUMERO DE DOMICILIO
CIUDAD
ESTADO
CODIGO POST.

NUMERO DE TELEFONO: _____ **NUMERO DE SEGURO SOCIAL:** _____

NOMBRE DE SU MEDICO FAMILIAR: _____

QUE MEDICO LE RECOMENDO NUESTRA OFICINA: _____

LUGAR DE EMPLEO: _____ **NUMERO DE TELEFONO:** _____

NOMBRE DE SU ESPOSO/ESPOSA: _____

LUGAR DE EMPLEO: _____ **NUMERO DE TELEFONO:** _____

NOMBRE Y DIRECCION DE AMIGO/FAMILIAR QUE NO VIVE CON USTED:

NUMERO DE TELEFONO DE DOMICILIO: _____

LUGAR DE EMPLEO: _____ **NUMERO DE TELEFONO DE EMPLEO:** _____

INFORMACION DE SEGURO: POR FAVOR PRESENTE SU IDENTIFICACION DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA

TIPO DE SEGURO: _____ **NUMERO DE POLIZA:** _____

OTRA ASEGURANZA/POLIZA: _____

NOMBRE Y NUMERO DE LA PERSONA RESPONSABLE DE CARGOS (SI ES DIFERENTE)

YO RESPONDO POR EL SALDO DE CUENTA DE TODOS LOS CARGOS CON RESPECTO A LOS SERVICIOS MEDICOS RECIBIDOS POR _____ A DOCTOR GEORGE S. NOVALIS,

(NOMBRE DE EL PACIENTE)

 DOCTOR MARTIN A. WORRALL, O DOCTOR RYAN K. WONG DE RETINA CENTERS.

FECHA **FIRMA DE PERSONA OBLIGADA**