

Date: _____

Dr. Paul S. Crismon Optometry

Nombre: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Zona Postal: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer

Teléfono de Celular: _____

Teléfono de Casa: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Numero de Seguro Social: _____

Empleador _____ Nombre de Esposo/Esposa (o padre): _____

Ocupación _____ Numero de Teléfono Esposo/Esposa (o padre): _____

Vamos a hacer todo lo posible por localizar su aseguranza antes de que usted salga de la oficina.

El paciente sera responsable de cualquier pago que la aseguranza no paga.

TODAS LAS VENTAS SON FINALES

No hay reembolsos ni intercambios.

Firma/Firma de Padre (si es menor de edad)

Fecha