



EYE & COSMETIC SURGERY, LLC.

www.eyecandcosmeticsurgery.com
drcarpenter@eyecandcosmeticsurgery.com

TANGGAPAN SA NORTH LAS VEGAS

3210 E. Lake Mead Blvd.
N. Las Vegas, NV 89030
Telepono: 702-642-7711
Fax: 702-642-8822

TANGGAPAN SA HENDERSON

1669 W. Horizon Ridge Pkwy #100
Henderson, NV 89012
Telepono: 702-633-5888
Fax: 702-633-5999

Pakipunan ang form na ito at dalhin ito sa araw ng iyong pagpapatingin.

PASYENTE

Pangalan (Apelyido, Una, Inisyal): _____
Address: _____
Lungsod: _____ Estado: _____ Zipcode: _____
Telepono sa Bahay: _____ Telepono sa Trabaho: _____
Status sa Pag-aasawa: Walang Asawa May Asawa Hiwalay Diborsyada/Diborsyado Biyuda/Biyudo
Petsa ng Kaarawan: _____ Social Security Number: _____
Tatawagan Kapag May Emergency (Hindi sa sambahayan mo): _____ Telepono: _____
Paano mong nalaman ang tungkol sa amin? _____

IMPORMASYON SA INSURANCE

NAKA-INSURE O TAO NA MANANAGOT SA BABAYARAN:

Pangalan (Apelyido, Una, Inisyal): _____
Address: _____
Lungsod: _____ Estado: _____ Zipcode: _____
Telepono sa Bahay: _____ Telepono sa Trabaho: _____
Relasyon sa Pasyente: Asawa Magulang Legal na Tagapangalaga Iba Pa (Tukuyin) _____
Petsa ng Kaarawan: _____ Social Security Number: _____

IMPORMASYON SA EMPLOYER:

Pangalan ng Employer: _____ Trabaho: _____
Address ng Employer: _____ Telepono ng Employer: _____
Lungsod: _____ Estado: _____ Zipcode: _____

Pakilagyan ng tsek ang isa sa mga pangunahing klasipikasyon ng insurance:

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Pangangalagang Pinangangasiwaan ng Medicare | <input type="checkbox"/> Pangangalagang HMO/Managed |
| <input type="checkbox"/> Champus | <input type="checkbox"/> Tulong mula sa Medicare | <input type="checkbox"/> Kompensasyon sa Manggagawa |
| <input type="checkbox"/> Komersiyal | <input type="checkbox"/> Auto | <input type="checkbox"/> Sariling Bayad |

Ang pagpapatingin mo ba ay dahil sa aksidente sa sasakyan o personal na pagkapinsala? Oo Hindi

IMPORMASYON NG SUBSCRIBER NG INSURANCE: (Tao na nagpapanatili sa coverage ng insurance)

Pangalan ng Subscriber: _____
Policy/Recipient Number: _____
Group Number: _____ Petsa ng Pagkakarapat-dapat: _____
Kung hindi karapat-dapat, petsa nang ginawa mo ang aplikasyon: _____
Mayroon ka bang ikalawang coverage ng insurance? Oo Wala Hindi Sigurado
Kung oo, pangalan ng kompanya ng insurance: _____

PAHINTULOT

PAHINTULOT NA ILABAS ANG IMPORMASYON SA INSURANCE AT BAYARAN ANG MGA BENEPISYO NG INSURANCE:

Pinahihintulutan ko ang Eye & Cosmetic Surgery, LLC na ilabas ang kinakailangang impormasyon para maproseso ang paghahabol ko sa pangangalagang pangkalusugan (health care) pati na ang kabayaran para sa Medicare, Medigap o anumang iba pang benepisyo ng insurance na mababayaran para sa Eye & Cosmetic Surgery, LLC sa ngalan ko para sa anumang ibinigay na serbisyo sa akin ng doktor o mga supplier ng tanggapang ito. Ito'y nangangahulugan din na ako ang mananagot sa pagbabayad sa Eye & Cosmetic Surgery, LLC para sa taunang deductible sa Medicare, mga Co-Payment sa Managed Care, at mga sinisingil na hindi protektado ng insurance plan. **Ganap kong nauunawaan ang lahat ng impormasyon sa itaas.**

Lagda ng Pasyente: _____ Petsa: _____

Kung ang impormasyon ng pasyente ay para sa menor-de-edad (edad 18 at mas mababa), dapat lumagda ang magulang o tagapangalaga sa ibaba.

Lagda ng Magulang: _____ Petsa: _____