



Advanced Valley Eye Associates

Robert B. Miller, M.D.

2035 Lyndell Terrace  
Davis, CA 95616  
530-757-6000  
www.lasikbymiller.com

## INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ #de Seguro Social \_\_\_\_\_

Masculino / Femenino Estado Civil \_\_\_\_\_ Nombre de Pareja \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_  
Apartamento

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codiago Postal

# de Telephono Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Plan de Asegurnza Visual \_\_\_\_\_

Aseguranza Medica \_\_\_\_\_ Aseguranza Secundaria \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relacion con del Paciente \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_  
Nombre # de Telefono

Referido por \_\_\_\_\_ Doctor Particular \_\_\_\_\_

**Todo deducible de Aseguranza sera cobrado el dia de su visita.**

I hereby assign all medical and/or surgical benefits, including major medical benefits, MediCare and other government sponsored programs, private insurance, and any other health plans to which I am entitled to MEDICAL ROBERT B. MILLER, M.D., INC. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. I hereby authorize said assignee to release all information necessary to secure the payment of said benefits, including MediCare under Title XVIII of the Social Security Act.

**Entiendo que soy responsable por todos los cargos que con o sin aseguranza me sean asignados incluyendo la cantidad deducible de los servicios no cubiertos.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardian

Esta usted interesado en informacion de Cirugia Correctiva Laser? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_