

Kings Eye Center Medical Group

1395 W. Lacey Blvd. • Hanford, CA 93230 • Phone (559) 585-3937 • Fax (559) 582-3645

www.kingseyecenter.net

Nombre del Paciente _____ " _____ "

Primero Inicial Apellido Nombre Preferido

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Domicilio Postal _____

Hombre ☐ Mujer ☐ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____

Tel. Particular (____) _____ Tel. de Trabajo (____) _____ Tel. de Celular (____) _____

Número de Seguro Social **por favor dáselo a la recepcionista** Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Otro(a) ☐ _____

Domicilio de Correo Electrónico (Email) _____ Idioma Preferido _____

Raza _____ Etnicidad _____

Empleador _____ (____) _____ - _____

Nombre Domicilio Numero de Teléfono

Contacto de Emergencia _____ Relación al Paciente _____

Tel. de Emergencia (____) _____ Tel. de Celular de Emergencia (____) _____

Médico de Atención Primaria _____ Ciudad _____ Numero de Teléfono (____) _____ - _____

Nombre de Farmacia _____ Ciudad/Localización _____

POR FAVOR DE PRESENTAR TODAS SUS TARJETAS DE ASEGURANZA COMO DE MEDICO, VISION, Y FARMACIA Y TAMBIEN SU IDENTIFICACION.

Suscriptor de Seguro Primario _____ Relación al Paciente _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Numero de Social _____ - _____ - _____ Numero de Licencia _____

Tel. Particular (____) _____ Tel. de Trabajo (____) _____ Tel. de Celular (____) _____

Suscriptor de Seguro Secundario _____ Relación al Paciente _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Numero de Social _____ - _____ - _____ Numero de Licencia _____

Tel. Particular (____) _____ Tel. de Trabajo (____) _____ Tel. de Celular (____) _____

Firma de la Parte Responsable

_____/____/_____
Fecha

Bradley A. Beard, MD

Cecilia A. Hernandez, MD

Ronald S. Keck, OD

Nathan Panttaja, OD

Kings Eye Center Medical Group

1395 W. Lacey Blvd. • Hanford, CA 93230 • Phone (559) 585-3937 • Fax (559) 582-3645

www.kingseyecenter.net

Patient Name _____ " _____"
First Initial Last Nickname

Date of Birth ____/____/____ Mailing Address _____

Male ☐ Female ☐ City _____ State _____ Zip Code _____

Home Phone (_____) _____ Work Phone (_____) _____ Cell Phone (_____) _____

Social Security Number ****please give to the receptionist**** Married ☐ Single ☐ Other ☐ _____

Email Address _____ Preferred Language _____

Race _____ Ethnicity _____

Employer _____ (_____) _____ - _____
Name Address Phone Number

Emergency Contact _____ Relationship to Patient _____

Emergency Home Phone (_____) _____ Emergency Cell Phone (_____) _____

Primary Care Physician _____ City/Location _____ Phone Number (_____) _____ - _____

Preferred Pharmacy _____ City/Location _____

PLEASE PRESENT ALL MEDICAL, VISION, AND PRESCRIPTION INSURANCE CARDS ALONG WITH YOUR PHOTO ID.

Primary Insurance Subscriber _____ Relationship to Patient _____

Date of Birth ____/____/____ Social Security Number _____ - _____ - _____ Drivers License Number _____

Home Phone (_____) _____ Work Phone (_____) _____ Cell Phone (_____) _____

Secondary Insurance Subscriber _____ Relationship to Patient _____

Date of Birth ____/____/____ Social Security Number _____ - _____ - _____ Drivers License Number _____

Home Phone (_____) _____ Work Phone (_____) _____ Cell Phone (_____) _____

Responsible Party Signature

_____/_____/_____
Date

Bradley A. Beard, MD

Cecilia A. Hernandez, MD

Ronald S. Keck, OD

Nathan Panttaja, OD