

Por favor conteste estas preguntas entonces podemos servirle mejor.

Apellido		Genero	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra
Nombre		Fecha da nacimiento	
Guard si nino		Edad	
Titulo		Seguridad social	
Apodo		<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Casado	
Direccion		Patron	
Direccion		Ocupcion	
Ciudad		Mandado por	
Estada / Cremallera		Fecha Ultimo examen	
A casa telefonee			
Telefona de dia			
Telefono celular			
Paginador			
Fax			
Correo electrónico			
Insurance 1 médico		Nombre de Plan	
<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> EPO		Co-Paga	
Otro _____		Asegurado: <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Spouse	
Insurance 2 médico		Nombre de Plan	
<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> EPO		Co-Paga	
Otro _____		Asegurado: <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Spouse	
Seguro de Visión		Asegurado: <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Spouse	
Nombre asegurado		DOB asegurado	

Solicito que el seguro se beneficie ser pagado a doctor Steensma. Permito la liberación de cualquier información personal necesaria de determinar ventajas de seguros. Entiendo que la oficina de doctor Steensma verificará ventajas de seguros como una cortesía. En caso de la compañía de seguros que niega a ventajas, será responsable de pagar los gastos. Esperamos que usted encuentre su visita a nuestra oficina siendo una experiencia agradable e interesante. Si sus ojos son dilatados durante esta visita, su visión puede ser enturbiada y las luces serán brillantes.

¡NO MÁRCHESE HASTA QUE SU VISIÓN SEA SEGURA PARA CONDUCCIÓN!

Nombre: _____ Fecha: _____

Signo: _____ Guarda: _____