

Mark A. Gillispie, O.D., Inc.

Welcome To Our Office

Welcome to Mark A. Gillispie, O.D., Inc.. Thank you for choosing us for your eyecare needs. We are delighted to have you as a patient and appreciate the confidence you placed in us. Please take a moment to complete the following information. Any information we already have on file will appear on this form. Please review all completed areas to ensure that the information we have is current and accurate. If you have any questions, please do not hesitate to ask.

Mr. Miss Mrs. Ms.

Male Female

First Name MI Last Name Preferred Name

Street Address City State Zip

Social Security Number Date of Birth Home Phone - Include Area Code Work Phone

Email Address Spouse or Parent(s) Name Person Responsible for Account

Emergency Contact Emergency Phone

How were you referred to our office?

Phone Book School Advertisement Patient (Please Name) _____
 Insurance Listing Drive by Other _____ Doctor (Please Name) _____

PRIMARY INSURANCE INFORMATION

Name and Address of Primary Insurance Company City State Zip

M F

Insured's First Name MI Insured's Last Name

Insured's Identification Number Group Number Insured's Date of Birth

Patient Relationship to Insured

Self Spouse Child Other

Patient Status

Single Married Other

Full Time Student Part Time Student Employed

SECONDARY INSURANCE INFORMATION

Name and Address of Secondary Insurance Company City State Zip

M F

Insured's First Name MI Insured's Last Name
Patient Relationship to Insured

Insured's Identification Number Group Number Insured's Date of Birth Self Spouse Child Other

Please Read:

In order to control the cost of billing, we ask that the patient's portion is paid at the time services are rendered unless other arrangements are made in advance. We would rather control billing costs than be forced to raise our fees. All professional services and material are charged to the patient. The undersigned will ultimately be responsible for any bill incurred in this office regardless of insurance. Accounts 90 days old are subject to collection fees. There will be a service charge on all returned checks.

Payment from my insurance is to be paid directly to Mark A. Gillispie, O. D., Inc.. I understand that will be billed as my primary insurance. I understand that billing any secondary insurance is my responsibility. I understand that all benefits quoted to me are not a guarantee of payment by my insurance company and that final determination can only be made when the claim is processed.

Signature

Date

Mark A. Gillispie, O.D., Inc.

Bienvenidos de Regreso a Nuestra Oficina

Bienvenidos al Mark A. Gillispie, O.D., Inc.. Gracias por seleccionarnos como su proveedor de cuidado optico. Estamos felices de tenerles como nuestro paciente y apreciamos la confianza que a puesto en nosotros. Tome porfavor un momento para llenar el formulario con la siguiente informacion. Culaquier dato que ya tengamos, aparecera en este formulario. Porfavor revise todas las areas con informacion para asegurar que los datos que tenemos esten al corriente y correctos. Si tiene alguna pregunta, no deje de preguntarnos porfavor.

Sr. Sta. Sra.

Male Female

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Direccion de Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Tel. de Hogar (Incluya el codigo telefonico) _____ Tel. Trabajo _____

Correo Electronico _____ Nombre de Esposo(a) o Padres _____ Nombre de la persona responsable por la cuenta _____
Tiene que firmar abajo

Mr. Ms. _____
 Escuela _____ Nombre De El Maestro(a) _____ Grado _____

Cual es la razon de su examen hoy? _____ Cuando fue su ultimo examen? Jun 27, 2005

Como se entero usted de nuestra oficina?

- Libro telefonico Escuela Promocion Paciente (Quien) _____
 Lista de Asegurancia Paso por aqui Otro _____ Doctor (Quien) _____

INFORMACION DE ASEGURANZA PRIMORDIAL

Nombre y direccion de su Asegurancia Primordial _____

H M _____
 Nombre de la persona con el Aseguro _____ Inicial _____ Apellido _____

Numero de identificacion _____ Numero de Grupo _____ Fecha de Nacimiento _____
Relacion de el Paciente con la personal Asegurada Mismo Esposo(a) Hijo(a) Otro
Estado Civil de el Paciente Soltero(a) Casado(a) Otro
 Estudiante de tiempo completo Estudiante de tiempo medio Trabajo

INFORMACION DE SU ASEGURANZA SECUNDARIA

Nombre y direccion de su Asegurancia Secundaria _____

H M _____
 Nombre de la persona con el Aseguro _____ Inicial _____ Apellido _____

Numero de identificacion _____ Numero de Grupo _____ Fecha de Nacimiento _____
Relacion de el Paciente con la personal Asegurada Mismo Esposo(a) Hijo(a) Otro

Lea Porfavor

Para poder controlar el costo de accountability, pedimos que el paciente pague su porcion de las cuotas al final de los servicios al menos que otro arreglo haya sido hecho de ante mano. Preferimos controlar nuestros costos de accountability que subir nuestras cuotas de servicio. Todos los servicios profesionales y materiales le son cobrados al paciente. El abajofirmante sera ultimamente responsable por culquier cuenta contraida en esta oficina, sin importar la asegurancia. Cuentas pasadas de 90 dias estan sujetas a cuotas de coleccion. Habra una cuota de servicios en todo cheque regresado por falta de fondos.

El pago de mi asegurancia debera ser pagado directamente. Yo entiendo que a mi asegurancia, mencionada en la seccion titulada "Informacion de Asegurancia Primaria" se le cobrara como asegurancia primaria. Yo entiendo que el cobrarle a mi aseguraza secundariaes mi responsabilidad . Yo entiendo que todos los beneficios que se me han sido citados no se me han garantizado como "pagados" por mi asegurancia y que la determinacion final solo puede ser echa cuando el reclamo haya sido procesado.

Firma _____

Fecha _____