

INFORMACION DE EL PACIENTE

Apellido_____ Nombre_____ Inicial_____

Domicilio_____ Ciudad_____ Codigo Postal_____

Titulo: Sr. Sra. Srta. Otro:_____ Genero H M Fecha de Nacimiento:_____

de Seguro Social: xxx-xx-_____

Porfavor marque el mejor # donde puede ser contactado: Casa:_____

Trabajo:_____ Celular_____ Otro:_____

Empleo_____ Titulo_____

Otros miembros de familia que han asistido a nuestra oficina?_____

Estudiante Escuela:_____ Ano escolar_____

Informacion de Aseguranza

-Vision Service Plan- -Medical Eye Services- -Davis Vision-
-Superior Vision- Otro: _____

Nombre de el miembro:_____ Fecha de nacimiento____/____/____

de SS: xxx-xx-_____ Tiene segunda cobertura, si si cual es el

nombre:_____ Nombre de el miembro:_____

Fecha de nacimiento:____/____/____ # de SS: xxx-xx-_____

Que lo/la influencio a seleccionar nuestra oficina:_____

Fue referido(a) por agluen mas? Si No Si, si por quien?_____

Informacion Medica

Tiene un familiar con diabetes? Si No Si, si quien?_____

Ha tenido (porfavor marque el medicamento que toma para tal problema):

Alta presion:_____ Alergias:_____

Diabetes (tipo 1º 2)?_____ Senusitis:_____

Hypoglycemia:_____ Artritis:_____

Condiciones de el Corazon:_____ Tyroides:_____

Continuar Informacion Medica

Dolores de Cabeza:_____ Otro:_____

Ha tenido una reaccion alergica a un medicamento? Si No Indique medicamento:

Usa lentes? Si No Si, si por cuanto tiempo?_____

Usa lentes de contacto? Si No Cuanto tiempo:_____

Cuando fue su ultimo examen para la vista?_____Nombre De el Oculista?_____

Que razon tiene para su visita hoy?_____

Alguien en su familia tiene: (Macular Degeneration) (Color Blindness) (Glacoma) (Retinal Detachment) (Retinitis Pigmentosa) (Ojos Cruzados)

Cosas que le gusta hacer para pasar tiempo o deportes que le gustan?

Firma en el Archivo

- Yo certifico que la informacion que e dado al aplicar para el pago bajo el titulo XVIII de la acta de el seguro social esta correcta
- Yo doy mi autorizacion de usar esta forma para dar informacion a mi aseguranza
- Yo autorizo a mi doctor que sea mi agente para obtener los pagos de mi aseguranza
- Yo autorizo pago directo para mi doctor
- Doy permiso de que se haga una copia de esta forma y se use en lugar de la original

Nombre Completo:_____ Firma:_____

Numero de Seguro Social o ID: xxx-xx-_____Fecha:_____