

Wallis Family Eyecare Optometry

Se requiere llenar este formulario cada año. Gracias por su comprensión.

Nombre: _____

(Primer)

(Inicial del Segundo Nombre)

(Apellido)

Sexo: M / F Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Celular: _____

Teléfono de Casa: _____ Correo Electrónico: _____

Si el paciente es menor de 18 años, la información de el Padre/Guardiante se necesita:

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Como escucho de nosotros? Por quien fue referido? (circule uno)

Aseguranza / Yelp / Google / Trabajo / Manejando / Doctor-Amigo-Familiar (Nombre): _____

Forma de comunicación (circule uno): Correo Electrónico / Teléfono / Postal

Origen (circule uno): Indio Americano / Asiático / Afroamericano / Hispano / Caucásico / Otro

Fuma cigarros? Si / No Toma alcohol? Si / No Si, Frecuencia _____

Problema ocular : Borozo de Distancia / Leer / Computadora _____

Cuantas horas al día usa su telefono? _____ Cuantas horas al día usa su computadora? _____

Alguna vez tus ojos se sienten secos, ardientes, doloridos o irritados? Si / No Si, Frecuencia _____

Esta interesado en lentes de contacto? Si / No Está interesado en cirugía LASIK / Correctiva? Si / No

Si no hay cambios en nuestros registros anteriores, por favor ponga sus iniciales en los cuadros

Domicilio: _____ Ciudad : _____ Estado: _____ Código Postal: _____

SS#: _____ Número de Trabajo: _____

Número de Licencia : _____ Estado: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Ocupación : _____ Aficiones: _____

Si El Paciente No Es El Titular Del Seguro, Por Favor LLene A Continuación:

Nombre Del Titular De La Póliza: _____ Fecha De Nacimiento Del Titular: _____

Seguro Social Del Titular: _____ Relación Del Titular Al Paciente _____

E leído y entiendo los deberes de privacidad del paciente. Firma del paciente, o persona autorizada, yo doy permiso a solicitar mi información médica, o información necesaria para proceder esta reclamación. Yo requiero pago de beneficios del gobierno para mi, o para quien acepte asignación. Firma de la persona asegurada, yo autorizo pago de beneficios médicos a el doctor o proveedor enumerado por los servicios adquiridos.

Iniciales: _____ Entiendo que la oficina me cobrará \$25 por no llegar/cancelar mi cita antes del tiempo citado.

Iniciales: _____ Yo he leído el "WALLIS FAMILY EYECARE COVID-19 PAUTAS" y lo seguiré ".

Firma (Firma de guardián, Si menor de 18): _____ Fecha: _____