

Wallis Optical + Family Eye Care 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: _____

Forma de Comunicación (circule uno): Correo Electrónico / Teléfono / Postal **Idioma Preferido** (circule uno): Inglés/ Español

Origen (circule uno): American Indian / Asian / African American / Hispanic /White /Other

Como Escucho de Nosotros? Por Quien Fue Referido? (circule uno)

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

Problema Ocular Principal: Borozo de Distancia / Leer / Computadora _____

Problema Ocular Secundario: _____

Alguna Vez A Sentido Resequedad, Ardor o Irritación En Sus Ojos ? Si / No **Le Lloran Sus Ojos ?** Si / No

Fuma Cigarros? Si / No **Toma Alcohol?** Si / No Si, Frecuencia _____

Si No Hay Cambios Con Respecto A Sus 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.

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