

BIENVENIDO A ADVANCED FAMILY EYE CARE

Nombre _____ Sexo: Masculino o Femenino
Direccion _____ Fecha: ____/____/_____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____
Telefono: _____ Telefono de Trabajo: _____ Celular: _____ Texto: Si o No
Correo Electronico: _____ Preferencia de comunicaci3n: Tel3fono Email Texto
Raza: _____ Origen 3tnico: _____ Lenguaje Preferido: _____
Fecha de Nacimiento ____/____/____ Numero de Seguro Social ____ - ____ - ____
Empleador: _____ (Circule uno) Tiempo completo Medio tiempo Temporal
Padre o Tutor (letra de molde el nombre) _____ Relaci3n _____
Como supo de nuestra cl3nica? _____ Estado Civil: (circular uno) soltero/a (o) casado/a
Nombre de Doctor Medico: _____ 3ltimo examen de vista: _____
Anote cualquier medicamento que actualmente este utilizando(recetada o sin
receta): _____

¿Es usted al3rgico a alg3n medicamento? SI NO

Si su respuesta es s3, por favor explique: _____

Lista de todas las enfermedades importantes (glaucoma, diabetes, presi3n alta, ataques card3acos, etc.) o conmoci3n (cerebral lesiones, etc.): _____

Lista de cualquier cirug3a que haya tenido (catarata, apendicectom3a): _____

INFORMACION DEL SEGURO

Su compa3a de seguros de la **vision** _____ Numero de Identificaci3n _____

Nombre del Suscriptor _____ Numero de Grupo _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor ____/____/____

Numero de Seguro Social del Suscriptor ____ - ____ - ____

Relacion al Paciente _____

Compa3a de Aseguraci3n **Medica** _____ Numero de Identificaci3n _____

Nombre del Suscriptor _____ Numero de Grupo _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor ____/____/____

Numero de Seguro Social del Suscriptor ____ - ____ - ____

Relacion al Paciente _____

Individuo Financieramente Responsable por el Paciente (si es diferente al paciente (o) Paciente es menor de edad)

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Direccion(si es diferente a la del paciente) _____

Numero de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Numero de Telefono: _____