



# Bienvenido

LA VISTA CLARA COMIENZA CON OJOS SALUDABLES

## Información del paciente

Gracias por haber elegido nuestro consultorio para sus necesidades de atención de la vista. Por favor, llene este formulario en tinta. Si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude pedir ayuda. Tendremos mucho gusto en ayudarlo. (Favor de escribir en letra de imprenta)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Núm. de paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre Inicial Apellido  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
 Prefiere que lo llamen al número de:  La casa  El trabajo  Cualquiera  
 Es usted:  Menor de edad  Casado  Divorciado  Viudo  Soltero  Separado  
 Empleador suyo o de su padre/madre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Dirección del trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Nombre de su cónyuge o su padre/madre \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
 Si es estudiante, nombre de la escuela/universidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 ¿Quién lo refirió a nosotros? \_\_\_\_\_  
 Persona con quien comunicarse en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Parte responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

## Información del seguro

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguros. \_\_\_\_\_ Núm. de grupo \_\_\_\_\_ Núm. del empleador \_\_\_\_\_  
 Dirección de la Co. de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha utilizado? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? \_\_\_\_\_  
 ¿TIENE SEGURO ADICIONAL?  No  Sí DE TENER, FAVOR DE LLENAR LO SIGUIENTE:  
 Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguros. \_\_\_\_\_ Núm. de grupo \_\_\_\_\_ Núm. del empleador \_\_\_\_\_  
 Dirección de la Co. de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha utilizado? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el beneficio anual máximo? \_\_\_\_\_