



Por favor escriba claramente

Sección 1 Información Del Paciente

Apellido _____ Primer Nombre _____ IM _____ Título _____

Últimos cuatro números del SS# _____ Fecha de Nacimiento _____ Mujer Hombre

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Casa# _____ Móvil #: _____ Otro # _____

Correo Electrónico: _____

Por favor no me envíen información o promociones/especiales vía emai. (Su dirección no será vendida o usada indebidamente)

Raza:

- Blanco Afro-Americano Asiático Otro
 Hispano/Latino Isleño del Pacífico Nativo Americano No Responde

Idioma preferido si no es Ingles _____

Grupo Etnico: Hispano No- Hispano

Sección2 Adulto Responsable/ Padre / Guardián

Relación con el paciente Esposo(a) Padre Otro _____

Apellido _____ Nombre _____ IM _____ Título _____

Últimos cuatro números del SS # _____ Fecha de Nacimiento _____ Mujer Hombre

Dirección de la casa Igual al paciente _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Yo autorizo expresamente al Centro para el Cuidado de los Ojos para el tratamiento y cuidado medico del menor de edad bajo la supervisión general de cualquier optómetra de turno. Esta autorización se otorga según lo requerido por la sección 25.8 del Código Civil de California.

Firma _____ Fecha _____

Sección 3 Contacto En Caso De Emergencia

Apellido _____ Nombre _____ Relación con el Paciente _____

Número Preferido Casa Trabajo Móvil _____

Sección 4 Reconocimiento De Mis Derechos A La Privacidad De Información

He leído la Declaración de los Derechos de Privacidad de la Información y entiendo mis derechos. Con mi firma reconozco que el Centro para el Cuidado de los Ojos me entregó el documento que explica todo lo relacionado con el uso de mi información confidencial para efectos de mi tratamiento, pagos y actividades médicas relacionadas. Una copia tiene la misma validez del documento original.

Firma _____ Fecha _____

(Sigue Atrás)

Sección 5 Información Del Seguro

Relación con el Paciente Espos(a) Padre Otro _____

Apellido

Nombre

IM

Últimos cuatro números del SS#

Fecha de Nacimiento

Mujer Hombre

Sección 6 Información Del Seguro De La Visión (VSP, Eyemed, MES)

Presente su tarjeta del seguro en la recepción

Nombre del Seguro _____

Nombre del Seguro _____

Número de la Tarjeta # _____

Número de la Tarjeta # _____

Sección 7 Información Del Seguro De Salud

(Anthem Blue Cross, Blue Shield, Medicare, Medi-Cal y seguros adicionales) No aceptamos planes HMO

Presente su tarjeta del seguro en la recepción

Nombre del Seguro _____

Nombre del Seguro _____

Número de la Tarjeta # _____

Número de la Tarjeta # _____

Por favor use el espacio adicional abajo si el paciente tiene cubrimiento con diferentes planes.

Nombre del Seguro _____

Nombre del Seguro _____

Número de la Tarjeta # _____

Número de la Tarjeta # _____