

INFORMACION DEL PACIENTE

Por favor tome un momento para revisar/completar la información del paciente (Mano Escrito)

Primer Nombre del Paciente:		Apellido del Paciente:	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:	
Dirrección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Número de Teléfono de Casa:		Número de Celular:	
Dirección de Correo Electrónico:			

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Condición de Tiroides	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Artritis Reumatoides	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Embarazada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Otro	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

HISTORIA OCULAR DEL PACIENTE

Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cataratas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Trauma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cirugía Ocular	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si es así, actual ojo, actual ojo: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo		
Explicarse: _____		

INFORMACION DE ASEGURANZA DE VISION

Nombre de Aseguración de Vision:	
Número de Identificación o Seguro Social del Asegurado:	
Nombre del Asegurado:	Apellido del Asegurado:
Fecha de Nacimiento del Asegurado:	
Relación de Paciente con Asegurado: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Niño(a) <input type="checkbox"/> Otro	
Estado del Paciente: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Otro	
Estado del trabajo del paciente: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo medio <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo complete	

INFORMACION DE ASEGURANZA DE MEDICO

Nombre de Aseguración Medico:	
Número de Identificación o Seguro Social del Asegurado:	
Nombre del Asegurado:	Apellido del Asegurado:
Fecha de Nacimiento del Asegurado:	
Relación de Paciente con Asegurado: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Niño(a) <input type="checkbox"/> Otro	
Estado del Paciente: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Otro	
Estado del trabajo del paciente: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo medio <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo complete	

Mi firma abajo autoriza el pago del seguro de beneficios a Today's Vision Sawyer Heights en mi nombre para todos los servicios y materiales. A pesar de tener cobertura de seguro, **NO** es garantía de pago de servicios y materiales y entiendo que soy financieramente responsable de todos los deducibles, servicios y otros gastos no cubiertos por mi seguro. También, mi firma reconoce que yo puedo solicitar una copia de la **notificación de privacidad de Today's Vision Sawyer Heights.**

Firma (Si menor de edad, Firma de Padres/Tutor Legal)

Fecha