



EYE PHYSICIANS OF AUSTIN

Advanced Eye Care

Formulario de Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____
(Inicial) (Apellido)

Género: M ___ F ___ **Fecha de Nacimiento:** _____

Numero del Seguro Social #: _____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Telefono Particular: (____) _____ Permitido dejar mensajes/textos? SI NO

Dirección de Correo Electronico: _____

**Entiendo que el correo electrónico no es un método seguro de comunicación y que la salud personal y la información enviada por correo electrónico puede no ser privada. Ocasionalmente, Eye Physicians of Austin pueden enviar anuncios promocionales y información vía correo electrónico.*

Contacto Primario Preferido: Telefono Mensaje de Texto Correo Electronico

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado

Raza: Afroamericano Indioamericano Asiatico Nativo de Hawai/Isleno del Pacifico
 Blanco Otro

Etnicidad: Hispano/Latino No es Hispano/Latino Otro

Idioma Principal: _____ **Necesita un Interprete?** SI NO

Persona en caso de Emergencia: _____ **Relacion:** _____

Number de Telefono persona de Emergencia: (____) _____

Médico de atención primaria del paciente: _____ **Telefono:** (____) _____

Médico de referencia del paciente: _____ **Telefono:** (____) _____

Nombre del Seguro: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____ **Relacion con el Suscriptor:** _____

Persona Responsable: _____ **Telefono:** (____) _____
(si es otra persona que no sea yo)

Firma del paciente/padre/tutor legal

Fecha