

# Información del Paciente



Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número Social # \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Responsable del pago: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telefono de contacto:	Circular una	Método de contacto
Casa: (____) _____ Podemos dejar mensaje?	SI NO	<input type="checkbox"/>
Cel: (____) _____ Podemos dejar mensaje ?	SI NO	<input type="checkbox"/>
Trabajo: (____) _____ Podemos dejar mensaje?	SI NO	<input type="checkbox"/>
E-mail : _____		<input type="checkbox"/>

*\*Entiendo que mi correo electronico no es un método seguro de comunicación y que mi información médica enviada por correo electronico no es privada. Eye Physicians ocasionalmente mandará promociones por correo electronico.*

Estado Civil del paciente:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  
Raza:  Africano/Americano  Indio Americano  Asiático  Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico  
 Blanco  Otro

Ethnicity:  Hispano/Latino  Not Hispano/Latino  Otro

Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Telefono de Emergencia: Cel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Doctor primario del paciente: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Médico de Referencia: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Suscriptor Principal de Seguro: \_\_\_\_\_  El paciente es el suscriptor principal

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el suscriptor: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente / Padre o Tutor Legal:

Fecha: \_\_\_\_\_