



## 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**