



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 email. (Su dirección no será vendida o usada indebidamente)

Raza \_\_\_\_\_ Idioma preferido si no es Ingles \_\_\_\_\_

Blanco  Afro-Americano  Asiático  Otro

Hispano/Latino  Isleño del Pacífico  Nativo Americano  No Responde

Grupo Étnico:  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 # \_\_\_\_\_