

Carolina Optométrica de Arden

INFORMACION DEL PACIENTE					
APELLIDO		SUFIJO	NOMBRE		INICIAL
DIRECCION DE CORREO		CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO	MOBIL o TEL. ALTERNO	SEXO M F	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURIDAD SOCIAL #	
CORREO ELECTRONICO		METODO DE COMUNICACION (circule) TELEFONO E-MAIL TEXT CORREO		RAZA	GRUPO ETNICO
SITIO DE TRABAJO DEL PACIENTE		DIRECCION DE TRABAJO			TELEFONO DE TRABAJO
ESTADO CIVIL	NOMBRE DE EL(LA) ESPOSO(A)		FECHA DE NACIMIENTO	SEGURIDAD SOCIAL #	
DOCTOR PRIMARIO DE SALUD			DIRECCION Y TELEFONO DEL DOCTOR		
NOMBRE DE LA FARMACIA QUE UTILIZA ACTUALMENTE			DIRECCION DE LA FARMACIA O DONDE SE ENCUENTRA		
NOMBRE DEL OPTOMETRA O ULTIMO DOCTOR DE OJOS QUE VISITO			DIRECCION Y TELEFONO DEL DOCTOR		
INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE (complete SOLO si es diferente a la información anterior.) Debe ser completada si el paciente es menor de 18 años.					
APELLIDO			NOMBRE		INICIAL
CORREO ELECTRONICO		CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO	RELACION CON EL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	SEGURIDAD SOCIAL #	
SITIO DE TRABAJO	DIRECCION DE TRABAJO			TELEFONO DE TRABAJO	
INFORMACION DE SU SEGURO (Por favor traiga su tarjeta de seguro a la cita)					
SEGURO DE VISION				POLIZA #	
NOMBRE DE LA PERSONA PRINCIPAL EN LA POLIZA			FECHA DE NACIMIENTO	SEGURIDAD SOCIAL #	
RELACION CON EL PACIENTE	SITIO Y DIRECCION DE TRABAJO				
SEGURO MEDICO PRIMARIO				POLIZA #	
NOMBRE DE LA PERSONA PRINCIPAL EN LA POLIZA			FECHA DE NACIMIENTO	SEGURIDAD SOCIAL #	
RELACION CON EL PACIENTE	SITIO DE TRABAJO				
SEGURO MEDICO SECUNDARIO				POLIZA #	
NOMBRE DE LA PERSONA PRINCIPAL EN LA POLIZA			FECHA DE NACIMIENTO	SEGURIDAD SOCIAL #	
RELACION CON EL PACIENTE	SITIO DE TRABAJO				

Cómo supo de nuestra oficina? (Favor escoger una opción)

Amigo/Familia (Quien) _____
 Doctor
 Otro
 Paciente Previo (Quien) _____
 Página Amarillas

Yo entiendo que mi seguro es un acuerdo entre mi compañía de seguros y yo, y que soy responsable de mi saldo independientemente de mi seguro. Los pagos de mis beneficios deberán ser abonados directamente al Dr. Skierczynski y Dr. Faber por mi compañía de seguros.
 Paciente (Padres's) Firma _____ Fecha _____

Acuso de recibo de HIPPA – Reconozco que recibí una copia del Aviso del Cuidado de la Visión de Prácticas de Intimidad:
 Fecha _____
 Paciente (Padres's) Firma _____ Fecha _____