



Trevino Eye Clinic & Optical

INFORMACION DEL PACIENTE

Favor de presentar su prueba de Seguro, Medicare o Medicaid al momento de registrarse.

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE _____
Direccion _____
Ciudad _____ Codigo _____
Telefono: Hgr. () _____
Cellular: () _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Seguro Social _____ Sexo _____
Correo Electronico: _____
Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

SEGURO (Marque uno)

Medicaid _____ Medicare _____
Nombre de Seguro _____
Otro: _____
Sostenador Primario _____
Fecha de Nacimiento del sostenador primario de la poliza _____

EMPLEADOR DEL PACIENTE

Empleador _____
Direccion _____
Ciudad _____ Codigo _____
Telefono () _____
Profesion _____
Referido por: _____

ESPOSO, ESPOSA O GUARDIAN

NOMBRE _____
Fecha de Nacimiento _____
Seguro Social _____
Direccion _____
Ciudad y Cdo. _____
Telefono () _____
Relacion _____
Empleador _____

PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE _____
Seguro Social _____
Direccion _____
Ciudad y Cdo. _____
Empleador _____
Direccion _____
Ciudad y Cdo. _____
Telefono () _____

EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____
Relacion _____
Telefono () _____
() _____

Yo certifico que la informacion presentada arriba es verdadera a lo mejor de mi entendimiento.

Tambien comprendo que soy financieramente responsable por todos los pagos que cubren, y que no cubren los Seguros. Reconozco que se me entrego una copia del Aviso de Practicas de Privacidad y una copia de las Practicas Administrativas y Financieras de Trevino Eye Clinic.

FIRMA _____

FECHA _____

HISTORIA MEDICA

Circule Uno

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Ha tenido algun accidente severo en los ojos?..... | si | no |
| 2. Ha tenido cirugia en los ojos?..... | si | no |
| 3. Padece usted de alergias?..... | si | no |
| 4. Tiene enfermedades?..... | si | no |

Circule lo aplicable:

- Diabetis
- Alta Presion
- Problemas de Tiroides
- Cancer
- Artritis
- Alto indice de Colesterol
- Otro: _____

- | | | |
|--|----|----|
| 5. Toma algun medicamento?..... | si | no |
| 6. Algun familiar ha tenido algo de lo siguiente: | | |
| Cirugia en los ojos?..... | si | no |
| Ceguera?..... | si | no |
| Glaucoma?..... | si | no |
| Cataratas?..... | si | no |
| Problemas de la retina tal como Desprendimiento Retinal?.... | si | no |
| Diabetis?..... | si | no |
| Degeneracion Macular?..... | si | no |
| Otros problems relacionados con los ojos _____ | | |

Authorizacion de Informacion

Por favor, escriba los nombres de las personas a las que podemos divulgar su información
MEDICA, FINANCIERA o PERSONAL:

NAME	RELATION TO PATIENT	PHONE #
-------------	----------------------------	----------------

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Yo certifico que toda la información médica es correcta a lo mejor de mi conocimiento y autorizo la divulgación de mi información a la(s) persona(s) mencionada(s).

Imprima el Nombre del Paciente _____

FIRMA _____	FECHA _____
(del paciente, padre, o guardian legal)	