



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:		Nombre:		Inicial media:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de seguridad social:		<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra	
Correo electrónico:		Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
Estado civil ( <i>rodean un</i> ): Solo / Casado / Divorciado / Separado / Viuda					
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Empleador:		Título/Ocupación de trabajo:		Teléfono:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
<input type="checkbox"/> Retirado - Cuando y dónde?					
Esposo(a):		Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	Número de seguridad social:	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra			
Correo electrónico:					
Empleador:		Título/Ocupación de trabajo:		Teléfono:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
<input type="checkbox"/> Retirado - Cuando y dónde?					
Contacto de emergencia y Teléfono ( <i>amigo/pariente que vive en una dirección diferente</i> ):					
Seguro primario:					
Poseedor de la póliza:		Número de la póliza:			
Otro seguro:					
Poseedor de la póliza:		Número de la póliza:			
¿Esta aquí para una herida de la compensación de trabajadores? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Fecha de la herida:			
Persona a contactar en el trabajo y su teléfono:					
Declaro que no tengo otro seguro además de que lo que está puesto en esta lista ( <i>firma &amp; fecha</i> )					
Raza/Pertenencia étnica: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Amerindio/habitante de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano natal/Isleño pacífico <input type="checkbox"/> Otro ( <i>por favor ponga en una lista</i> ):					
Lengua preferida: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro ( <i>por favor ponga en una lista</i> )					
Referencia de optometrista:		Médico de primeros auxilios:			
Me interesa saber más sobre: <input type="checkbox"/> LASIK <input type="checkbox"/> No utilizar gafas <input type="checkbox"/> Procedimientos cosméticos y/o BOTOX					

**POR FAVOR TRAIGA SUS TARJETAS DE SEGUROS Y PERMISO DE CONDUCIR A LA RECEPCIÓN.**