**BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA**

**Fecha:** **Cita:**

**Nombre:** **Fecha de Nacimiento Edad:**\_\_\_\_\_\_\_

**Direccion:**

**Ciudad/Codigo Postal:**

**Telefono De Hogar:** **#Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ #Cellular:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo Electronico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Mensaje de Texto? \_\_Si \_\_No

**Numero de Licencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *Fecha de Exp:* \_\_\_\_\_\_\_\_**Seguro Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estadio CIvil:** *Soltero / Casado / Divorciado / Viudo*

**Ocupacion:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Empleado:** Tiempo Completo/Medio Tiempo/Estudiante/Desempleado

Ha Estado Aqui Antes? ***SI /NO*** Fecha De Ultimo Examen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha De Ultimo Examen Fisico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Motivo De Examen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usa Lentes Ahora? ***SI / NO*** Usa Lentes De Contacto? ***SI / No***

Esta Interesado en usar Lentes de Contacto? ***SI / NO*** Esta Interesado en cirugia Laser para los ojos? ***SI / NO***

**FAVOR DE MARCAR SI LE APLICA:**

\_\_\_ VE BORROSO \_\_\_ SENSIBLE A LA LUZ \_\_\_ ALERGIAS

\_\_\_ VE BORROSO DE CERCA \_\_\_ ALTA PRESION \_\_\_ ENFISEMA

\_\_\_DIFICULTAD EN ENFOCAR \_\_\_ PROBLEMAS DE CORAZON \_\_\_ ENFERMEDAD DE OJOS

\_\_\_ LE LLORAN LOS OJOS \_\_\_ VE LAS PALABRAS ALREVES \_\_\_ ALGUN GOLPE EN LOS OJOS

\_\_\_ VE DOBLE \_\_\_ SALTEA PALABRAS \_\_\_ DOLOR DE CABEZA

\_\_\_ ASTHMA \_\_\_ GLAUCOMA EN LA FAMILIA \_\_\_ PROBLEMAS CON TIROIDES

\_\_\_EMBARAZADA \_\_\_ PROBLEMAS RESPIRATORIOS

\_\_\_ VE BORROS DESPUES DE LEER \_\_\_ DIFICULTAD CUANDO MANEJA DE NOCHE

Usa algun medicamento ahora? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Es alergico a algun medicamento? ***SI / NO*** Cual ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alguien en su familia tiene Glaucoma? ***SI/NO*** Quien?­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alguien en su familia tiene Diabetes? ***SI / NO*** Quien ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fuma? ***SI / No*** Usa Drogas ? ***SI / No*** Toma bebidas Alcoholicas? ***SI / No***

Tiene alguna informacion mas que le pueda ser util al doctor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recomendado Por: ***T.V. / Paginas Amarillas / Aseguranza / Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_**

Nom. de Aseguranza: Medi-Cal VSP Local 770 MES EyeMed Other:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***Informacion de la persona primaria en la aseguranza:***

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Encuesta de Informacion:**

Idioma preferido *(circule uno)*: Ingles Espanol Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Categoria Etnica *(circule uno):* Hispano o Latino Nativo de Hawai / Islas del Pacifico No Hispano o Latino

Categoria Raza *(circule uno):* Indio Americano o Nativo de Alaska Asiatico

 Negro o Afro-Americano Blanco o Anglosajon Nativo de Hawai / Islas del Pacifico Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comunicacion Preferida (*circule uno*): Correo Electronico Telefono Postal **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **AUTORIZO A ESTA OFICINA COBRAR DIRECTAMENTE POR LOS SERVICIOS OTORGADOS. COMPRENDO QUE SOY RESPOSABLE DEL COBRO SI MI ASEGURANZA NO PAGA.**

**NOMBRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DE AUTORIZACION** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE COBRAR LA CANTIDAD DOBLE DE CUALQUIER CHEQUE DEVUELTO POR FALTA DE FONDOS.