Office Use Only
Exam #:
Technician initials _____
GLASSES EXAM / CONTACT EXAM / OFFICE VISIT

Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido de soltera: _____ Nombre preferido: _____ Sufijo:_____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: ___ Sexo: Masculino/Femenino

Número de seguridad social:_____

Dirección

Calle: _____ Departamento Nº: _____ Ciudad:_____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono de día:_____

Celular: _____ Email: _____ ¿Podemos enviarle mensajes de texto? Sí / No

Nombre del contacto de emergencia: _____ Número de teléfono:_____

Estado civil: Soltero / Casado / Separado / Divorciado / Viudo / En pareja

Raza: Indio americano / Afroamericano / Asiático / Caucásico / Hispano / Isleño del Pacífico / Otro

Origen étnico: Hispano / No hispano Idioma preferido: Español / Inglés

Información del seguro

Oftalmológico	Médico
Seguro:_____	Seguro:_____
Nº de iden. del miembro:_____ Nº de grupo: _____	Nº de iden. del miembro:_____ Nº de grupo: ___
Empleador:_____	Empleador:_____

INFORMACIÓN DEL GARANTE (titular primario de la tarjeta)

Nombre: _____Fecha de nac.: _____Nº de SS: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Cód. postal:_____

Teléfono: _____Sexo: M / F Relación con el paciente: Cónyuge / Padre / Otro

Firma en el archivo, cesión y descargo: Certifico que yo, o mi(s) dependiente(s), tenemos cobertura de seguro con las aseguradoras mencionadas anteriormente. Cedo directamente a LUCK OPTICAL, todos los beneficios del seguro, si los hubiera, que de otra manera se me pagarían a mí por los servicios prestados por LUCK OPTICAL. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que pague o no el seguro; autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones del seguro; LUCK OPTICAL puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a mi(s) compañía(s) de seguros y sus agentes con el fin de obtener el pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro, o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

X _____ X _____ X _____

Firma del paciente, tutor o garante **Nombre en letra de molde** **Fecha**

He verificado que esta información de mi visita anterior es correcta y precisa.

Inicial: Fecha:	Inicial: Fecha:	Inicial: Fecha:	Inicial: Fecha: