



Paquete de Nuevo Paciente

Información del Paciente

Nombre Legal Completo

Nombre Preferido

Fecha de Nacimiento

Número de Teléfono

Correo Electrónico

Dirección

Contacto de Emergencia

Información del Seguro

Seguro Primario

ID del Miembro

Número de Grupo

Nombre del Titular

Seguro Secundario

Historial Médico

Médico de Atención Primaria

Medicamentos

Alergias

Condiciones Médicas

Cirugías / Hospitalizaciones

Historial Visual

¿Usa lentes?

¿Usa contactos?

Marca de lentes de contacto

Último examen de la vista

Problemas actuales de visión

Responsabilidad Financiera

El pago se debe en el momento del servicio. Entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro. Cualquier saldo enviado a cobranza puede incluir tarifas de hasta el 35% más intereses del 1.75% mensual (21% anual).

Consentimiento y Reconocimiento

Doy mi consentimiento para el examen y tratamiento y reconozco haber recibido las prácticas de privacidad.

Firma del Paciente

Fecha
