



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

Sexo de Nacimiento:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numeros de telefono: Hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Etnicidad	Lenguaje Preferido	Raza	
<input type="checkbox"/> No especificar	<input type="checkbox"/> No especificar	<input type="checkbox"/> No especificar	<input type="checkbox"/> Hispano
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái y de otra
<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Espanol	<input type="checkbox"/> Asiatica	de las islas del Pacifico
	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo

Estado de Empleo:  Empleado de tiempo completo  Empleado a tiempo parcial  Retirado  Estudiante de tiempo completo

¿Cómo se enteró de nuestra oficina?  Internet  Doctor: \_\_\_\_\_  Referido de paciente: \_\_\_\_\_

#### PHARMACIA

Nombre \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

#### MEDICO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha del último examen físico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
con Dr. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**\*\*¡Ignore esta sección si hemos escaneado sus tarjetas de seguro!\*\***

#### INDIVIDUO RESPONSABLE

Nombre \_\_\_\_\_  
Individuo Responsable Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Seguro Médico Primario \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de póliza \_\_\_\_\_  
Seguro Médico Secundario \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de póliza \_\_\_\_\_  
Plan de Visión/Unión \_\_\_\_\_  
Nombre de Miembro \_\_\_\_\_

Relación con paciente \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
ID# \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
ID# \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
ID# \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## HISTORIA MEDICO

**Medicamentos** *Por favor indique cualquier medicamento que está tomando actualmente, y para qué condiciones.*

---

---

---

**Alergias** *Por favor indique cualquier alergia.*

---

**Cirugías** *Por favor indique cualquier cirugía, y la fecha en que se realizó.*

---

---

## HISTORIA OCULAR

¿Usas lentes?  No  Distancia  Leer  Bifocales  Progresivas  Gafas de sol con prescripción

¿Usas lentes de contacto?  Sí  No **Si no, ¿estás interesado en lentes de contacto?**  Sí  No

¿Alguna vez te has lastimado los ojos? ¿Como? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Usas gotas para los ojos? Explica (Nombre, con qué frecuencia, etc.) \_\_\_\_\_

---

## HISTORIA SOCIAL

¿Bebes alcohol?  No  Sí, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Fumas?  No  Sí, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Si lo dejó, ¿hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

---

***Certifico que la información relativa a mi cobertura de seguro médico es verdadera y correcta.  
Autorizo que el pago por los servicios prestados se haga a nombre de Family Eye Care of Medford.  
Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar este (estos) reclamo(s). He  
leído todos los términos y condiciones contenidos en este acuerdo y acepto estar sujeto a estos  
términos y condiciones.***

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_