**Northwest Eye Associates**

**BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA**

 **Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información de paciente**

Sr/ Sra/ Srta/ Dr **Primer** Nombre **Legal** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Inicial** de segundo nombre \_\_\_\_

Apodo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Direccion de envio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo M / F

Idioma Primario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Etnia: Hispano / No Hispano

Telefono (Casa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Celular)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil : Casado(a) / Soltero(a) / Otro

Empleador (o grado si es estudiante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de cónyuge (o padres)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleador de cónyuge (o padres) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsable por pago – Obligatorio**(Proporcione una identificación con foto)

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Direccion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de Seguro** (Proporcione las tarjetas para la copia)

|  |
| --- |
| **Seguro Medico** Compañía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poseedor de póliza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Fecha de Nacimiento de poseedor* \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Seguro de vista** Compañía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poseedor de póliza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Fecha de Nacimiento de poseedor* \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Historial Médico del paciente**

Nombre de médico familiar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/ Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Último Examen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medicación Actual:** \*Si tiene una lista de los medicamentos actuales que desea que copiamos, por favor proporcione una lista a la recepción

(Incluyen gotas para los ojos, medicamentos sin receta, anticonceptivos orales, vitaminas, hierbas y recetas)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alérgico a los medicamentos:** Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Porfavor Liste: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Optica:**

¿Usa actualmente lentes de contacto? Si \_\_\_ No \_\_\_ Marca que usa actualmente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene un par de gafas actuales además de sus contactos? Si \_\_\_ No \_\_\_\_

¿Usa gafas de sol? Si\_\_\_\_ No \_\_\_\_ ¿Sus gafas de sol son su receta más reciente? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Gafas que se están usando ahora: Visión única Bifocales Progresivo Trifocales

¿Cuántas horas está usted frente a una computadora / tableta / teléfono inteligente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

?Como supiste de nosotros?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LA VISIÓN CLARA COMIENZA CON OJOS SALUDABLES**