

## Información del Paciente

(POR FAVOR IMPRIMA)

<b>Nombre del Paciente</b>	<b>Seguro Social #</b>	<b>Estado Civil</b> S C V D	<b>Sexo</b> M F	<b>Fecha de Nacimiento</b>
<b>Correo Electrónico del Paciente</b>	<b>Teléfono de Casa #</b> ( ) -	<b>Teléfono Celular #</b> # ( ) -	<b>Teléfono de Trabajo #</b> ( ) -	
<b>Etnicidad</b> No Hispano o Latino    Hispano o Latino    Desconocido	<b>Raza</b> Indio Americano/ Asiático/ Afroamericano/ Americano/ Otro		<b>Idioma Primaria</b>	
<b>Dirección de Domicilio</b>	<b>Ciudad, Estado, Código Postal</b>			
<b>Dirección Postal</b> (Si es diferente de arriba)	<b>Ciudad, Estado, Código Postal</b>			
<b>Empleador del Paciente</b>	<b>Ocupación (Indique si es Estudiante)</b>			
<b>Nombre de Cónyuge o Padres</b>	<b>Seguro Social #</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>		
<b>Empleador de Cónyuge o Padres</b>	<b>Ocupación (Indique si es Estudiante)</b>			
<b>Persona Responsable del Pago</b> (Si es diferente de la parte de arriba)	<b>Dirección de Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal</b>			
	<b>Teléfono de Casa #</b> ( ) -	<b>Teléfono de Trabajo #</b> ( ) -		

**Anteojos Actuales-Cuántos años tienen los anteojos?** \_\_\_\_\_

**Usa lentes de contacto?**    Si    No

**Tiene un optometrista?** \_\_\_\_\_ **Si es así, Quién?** \_\_\_\_\_

**Quién es su Médico Primario?** \_\_\_\_\_

**Quién lo/a refirió a nuestra oficina?** \_\_\_\_\_

**Cómo quiere que nos comuniquemos con usted? Círculo todos los que se aplican**  
**Correo Electrónico                  Texto                  Llamada Telefónica**