



Bienvenidos!

Por favor complete el siguiente formulario tan completamente como sea posible. La información contenida en este formulario historia clínica confidencial es fundamental para la evaluación de su visión y salud.

Fecha: _____

Informacion del Paciente

Apellido: _____

Nombre: _____ Inicial: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____

Telefono de Casa: _____

Telefono de Celular: _____

Telefono de Trabajo: _____

Correo Electronico: _____

Como prefiere que lo contacten?

(Indique preferencia #1 y #2):

Casa# ___ Trabajo# ___ Celular # ___ Texto ___ Correo Electronico ___

Numero de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: M F

Empleador (o Escuela): _____

Occupacion (o Grado): _____

Nombre de Esposo/a (o Padre): _____

Empleador de Esposo/a (o Padre): _____

Informacion de Aseguranza

Aseguranza de Vision: _____

Nombre del Suscriptor: _____

Seguro Social/ID#: del Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____

Aseguranza Medica Primaria: _____

Nombre del Suscriptor: _____

Numero de Seguro Social /ID#: del Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____

Aseguranza Medica Secundaria: _____

Nombre del Suscriptor: _____

Numero del Seguro Social /ID# del Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____

Usted participa en una cuenta Flex Spending? (FSA/HSA)

SI No

Cuestionario de Estilo de Vida

Usted...(Marque todos los que apliquen):

... usa dispositivos digitales regularmente? Cuantas horas al dia? _____

... piensa que puede beneficiarse de lentes más delgados y ligeros?

... Prefiere no usar gafas a veces?

... pasa tiempo al aire libre? ¿Con qué frecuencia? _____ hrs / semana

... participa en la vista relacionados con los deportes u otras actividades? En caso afirmativo, especifique :

