



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

**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ IM \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Últimos cuatro números del SS# \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Gender  Mujer  Hombre

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

Teléfono Casa# \_\_\_\_\_ Móvil #: \_\_\_\_\_ Otro # \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Por favor no me envíen información o promociones/especiales vía emai. Su direccion no será vendida o usada indebidamente.

**Raza**

Blanco  Afro-Americano  Asiático  Nativo Americano  Hispano/Latino  Isleño del Pacífico  Otro  No Responde

**Grupo Etnico**

Hispano  No-Hispano

**Idioma preferido si no es Ingles**

\_\_\_\_\_

**SECCIÓN 2: ADULTO RESPONSABLE/ PADRE / GUARDIÁN** *pacientes menores de edad*

**Relación con el paciente**

Paciente (*pase a la siguiente sección*)  Esposo(a)  Padre  Otro \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ IM \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Últimos cuatro números del SS# \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Gender  Mujer  Hombre

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

Igual al paciente

*Yo autorizo expresamente al Centro para el Cuidado de los Ojos para el tratamiento y cuidado medico del menor de edad bajo la supervisión general de cualquier optómetra de turno. Esta autorización se otorga según lo requerido por la sección 25.8 del Código Civil de California.*

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 3: CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Número Preferido \_\_\_\_\_  Casa  Trabajo  Móvil

**SECCIÓN 4: RECONOCIMIENTO DE MIS DERECHOS A LA PRIVACIDAD DE INFORMACIÓN**

*He leído la Declaración de los Derechos de Privacidad de la Información y entiendo mis derechos. Con mi firma reconozco que el Centro para el Cuidado de los Ojos me entregó el documento que explica todo lo relacionado con el uso de mi información confidencial para efectos de mi tratamiento, pagos y actividades médicas relacionadas. Una copia tiene la misma validez del documento original.*

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

### Relación con el paciente

Paciente (*pase a la siguiente sección*)  Esposo(a)  Padre  Otro \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ IM \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Últimos cuatro números del SS# \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Gender  Mujer  Hombre \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DEL SEGURO DE LA VISIÓN (*VSP, Eyemed, MES*)

Presente su tarjeta del seguro en la recepción.

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro \_\_\_\_\_

Número de la Tarjeta # \_\_\_\_\_ Número de la Tarjeta # \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD (*Anthem Blue Cross, Blue Shield, Medicare, Medi-Cal, y seguros adicionales*)

*No aceptamos planes HMO.* Presente su tarjeta del seguro en la recepción.

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro \_\_\_\_\_

Número de la Tarjeta # \_\_\_\_\_ Número de la Tarjeta # \_\_\_\_\_

**Por favor use el espacio adicional abajo si el paciente tiene cubrimiento con diferentes planes.**

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro \_\_\_\_\_

Número de la Tarjeta # \_\_\_\_\_ Número de la Tarjeta # \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 8: ¿COMO SE ENTERO ACERCA DE NOSOTROS?

¿Cómo se enteró acerca de nosotros? *Seleccione todos los que apliquen.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Referido por otro Doctor            | <input type="checkbox"/> Publicidad en Canales Sociales: Facebook  |
| <input type="checkbox"/> Recomendado por un amigo o familiar | <input type="checkbox"/> Publicidad en Canales Sociales: Instagram |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet                | <input type="checkbox"/> Otros _____                               |
| <input type="checkbox"/> Publicidad en Internet              |  |



**KETCHUM HEALTH**  
University Eye Center

ketchumhealth.org