

**DR. FRANK H. YOON  
OPTOMETRISTA**

**REGISTRACION DE PACIENTE**

**BIENVENIDOS!**

**APELLIDO:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** m: \_\_\_\_\_ / d: \_\_\_\_\_ / a: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CODIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO:** casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**# DE SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_ **# DE LICENCIA:** \_\_\_\_\_

**EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_ **OCUPACION:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO DE EMERGENCIA:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE ( si paciente menor de 18 ): \_\_\_\_\_**

**INFORMACION DE SALUD**

**RAZON POR VISITA:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE ULTIMO EXAMEN DE LA VISTA:** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR MARQUE SI O NO:**

**DIABETES? SI / NO ALTA PRESION? SI / NO GLAUCOMA? SI / NO CATARATAS? SI / NO**

**OPERACIONES DE LOS OJOS: SI / NO TIPO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**LESIONES / TRAUMA EN LOS OJOS: SI / NO TIPO:** \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS: SI / NO NOMBRES:** \_\_\_\_\_

**ALERGIA A MEDICAMENTOS: SI / NO TIPO:** \_\_\_\_\_

**SU FIRMA ATRAS**

## AUTORIZACION

Yo certifico que he leído y entiendo esta información a lo mejor de mi conocimiento. Las preguntas anteriores fueron contestadas con precisión. Autorizo que el Doctor libere cualquier información incluyendo el diagnóstico y tratamiento mío o de mi hijo a algún otro contribuyente y/o a algún otro proveedor de salud. Autorizo y solicito que mi compañía de aseguradora pague directamente a mi doctor de la vista que de otra manera se me pagaría a mí. Entiendo que mi aseguradora pueda pagar menos que la cantidad de mi cuenta. Estoy de acuerdo que sería responsable de pagar cualquier servicios que haiga recibido yo o alguno de mis dependientes.

X

\_\_\_\_\_ **FIRMA DE PACIENTE (padre si menor de edad)**

**FECHA:** \_\_\_\_\_