

**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

FECHA: _____

FIRMA DE PACIENTE (padre si menor de edad)