



OPPENHEIMER EYE CLINIC



PAGE 1 OF 1

INFORMACION DE PACIENTE

INFORMACION GENERAL

Nombre del Paciente: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: / / Social Security #: Lugar de Nacimiento:

Dirreccion:

Ciudad, Estado, Codigo Postal:

Telefono :() # Celular:() #Trabajo: ()

Correo Electronico: Necesidades Especiales:

Ocupacion: Empleador:

Estado Civil:

Idioma: *Raza: *Etnicidad: Hispano No Hispano

* Algunas Razas/ Etnicidades son mas vulnerable a ciertas enfermedades de los ojos y identificando aquellos pacientes pueden ayudar su atencion ocular

Contacto De Emergencia; Nombre y Telefono:

RESPONSABLE DE CUENTA (SI PACIENTE ES MENOR O PERSONA RESPONSABLE NO ES EL PACIENTE)

Nombre de Madre: Fecha de Nacimiento:

Nombre de Padre: Fecha de Nacimiento:

Nombre de Guardiante: Relacion a el Paciente:

Direccion(ciudad,estado,codigo postal):

#Telefono: () # Trabajo: () #Celular: ()

INFORMACION DE SEGURO No Seguro de Vision No Seguro Medico

Nombre de Seguro de Vision:

Nombre de Miembro de Seguro: Fecha de Nacimiento:

Numero de Miembro (ID #):

Relacion de Paciente y Miembro: Esposa(o) | Hijo | Otro(explica)

Seguro de Medico Primario:

Nombre de Miembro de Seguro Primario: Fecha de Nacimiento:

Numero de Miembro (ID #):

Numero de Grupo (Group #):

Relacion de Paciente y Miembro: Esposa(o) | Hijo | Otro(explica)

Seguro de Medico Secundario:

Nombre de Miembro de Seguro Secundario: Fecha de Nacimiento:

Numero de Miembro (ID #):

Relacion de Paciente y Miembro: Esposa(o) | Hijo | Otro(explica)

LIBERACION de INFORMACION MEDICA y HIPPA

Una copia de la Notificacion de Practicas de Privacidad de Oppenheimer esta disponible para revisar. Por favor revise este documento si lo desea. Firme que usted ha tenido la oportunidad de revisarla. Copias estan disponibles si usted decea.

Autorizo la divulgacion de informacion, incluyendo el diagnostic, los registros, el examen que se me ha hecho y la informacion. Esta informacion puede ser liberado a la(s) siguiente personas(s)_____

Esta liberacion de informacion permanecera en vigor hasta su terminacion por escrito.

Firma: _____ Fecha: _____