



REGISTRO DE PACIENTES NUEVOS

FECHA DE HOY: Fecha de Nacimiento: Edad
Apellidos: Primer Nombre
Sexo: M F Número del Seguro Social #: Estado Civil Soltero Casado Otro
Domicilio: Apt#
Ciudad/Estado/Código Postal:
Teléfono del Domicilio: Celular: Teléfono del Trabajo:
Por favor Indicar el Número Preferido: Correo Electrónico:
Ocupación: Lugar de Trabajo:
Contacto de Emergencia: Relación con usted: Teléfono:
Nombre del Doctor que lo Recomendó: Teléfono:
Nombre de su Médico Primario: Teléfono:

Información del Seguro

Seguro Primario: Seguro Secundario:
ID#: Grupo #: ID#: Grupo #:
Nombre de la Persona Asegurada: Nombre de la Persona Asegurada:
Fecha de Nacimiento: SS#: Fecha de Nacimiento: SS#:
Relación con el Paciente: Relación con el Paciente:

**Información de la persona responsable- Para menores de 18 **

Padre: Madre:
Fecha de Nacimiento: SS#: Fecha de Nacimiento: SS#:
Domicilio (en caso de ser diferente): Domicilio (en caso de ser diferente):
Teléfono del Domicilio: Teléfono del Domicilio:
Teléfono del Trabajo: Ocupación: Teléfono del trabajo: Ocupación:

Como supo de Nuestra Clinica?

Amigo/Familiar: Doctor/Medico: Radio:
Internet: TV: Otro:

TIENE USTED UN PLAN DE VISION? INICIALES DE LA RECEPCIONISTA:
VSP DAVIS VISION SPECTERA Otro

** ESTA INFORMACION ES OPCIONAL **

Ingreso Anual: Raza: Educacion:
\$0-\$25,000 \$26,000-\$35,000 \$36,000-\$50,000 \$51,000-\$70,000 \$71,000-\$100,000 101,000 +
Blanco Hispano/Latino Afro Americano Indio Americano Asiatico Otro
Secundaria Graduado de Bachillerato Universidad Especialización Maestría Doctorado