

Datos Personales
(Por favor letra de imprenta)

Nombre:		Edad:	Fecha de nacimiento:
Correo electrónico:			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Teléfono:	Celular:		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)
Domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Marque uno: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian/Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> American Indian/Eskimo/Aleut <input type="checkbox"/> Other _____			
Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____			
# Seguro Social:		# Licencia de conducir:	
Empleador:	Ocupación:	Teléfono del trabajo:	
Médico de Familia:		Teléfono de su Médico:	
Nombre de esposo (a):		Fecha de nacimiento de esposo(a):	
Teléfono de esposo (a):		Empleador de esposo (a):	
Contacto de emergencia:		Teléfono:	
¿ Cúal Médico lo recomendó?			
Nombre: _____ Teléfono: _____ Especialidad: _____			

Doy permiso a Central Texas Retina Institute que me den atención médica. Yo entiendo que me pueden dar una cita con el fin de dar seguimiento a condición ocular. En caso de que, por cualquier motivo, no acudo a esta cita o no restablezco prontamente la cita, estoy de acuerdo a no inculpar a Central Texas Retina Institute, sus médicos, y sus empleados de ninguna consecuencia resultante.

Certifico que la información anterior es correcta y entiendo que soy responsable de cualquier copago, deducible o artículo no cubierto en el momento en que se presten los servicios. Autorizo al Medico a divulgar toda la información necesaria a mi compañía de seguros para garantizar el pago de los beneficios. También, todos los cargos serán sometidos al seguro y el paciente será responsable por el copago/coaseguro/deducible al terminar la cita.

Por favor verifique su preferencia de comunicación: Correo electrónico Teléfono celular Teléfono residencial Texto
 Política de no presentación recibida Si No

Firma del paciente: _____

Fecha: _____