

PATIENT INFORMATION
INFORMACION DEL PACIENTE

****PLEASE PRINT CLEARLY / LETRA DE MOLDE POR FAVOR****

ACCT # _____

PATIENT NAME / NOMBRE DEL PACIENTE:

First / Primer **Middle** **Last / Apellido** **Date of Birth / Fecha Nacimiento** **M / F**

Address / Dirección **City / Ciudad** **State / Estado** **Zip / Codigo Postal**

Marital Status: S M W D **Home Telephone/ Telefono** _____ **Cell Phone / Celular** _____
Estado Matrimonial: S C V D

How would you like us to communicate with you? **Home Phone** **Cell Phone** **Text** **E-mail** _____

Race _____ **Language** _____ **Ethnicity:** Not Hispanic or Latino
Hispanic or Latino
Refused or Unknown

Social Security / Seguro Social _____ **Drivers License/ Licencia de Manejo** _____

Employer / Empleo _____ **Occupation / Ocupación** _____

Employer Address/ Dirección De Empleo _____ **Work Phone / Telefono de Empleo** _____

Responsible Party (Insured) / Persona Responsable (Asegurado) **Insureds Employer / Empleo de Asegurado**

Responsible Party Social Security / No. de Seguro Social de Persona Responsable **Responsible Party Drivers License/ Licencia de Manejo de Persona Responsable**

PRIMARY INSURANCE CO. / ASEGURANZA PRIMARIA **SECONDARY INSURANCE CO. / ASEGURANZA SECUNDARIA**

Do you have Vision Coverage? **NO** **YES** **VSP** **MESC** **OTHER** _____

Primary Care (PCP) Doctor _____ **Dr. Phone** _____
Su Doctor Medico es Telefono de Medico

Referring Doctor _____ **Dr. Phone** _____
Medico de Referencia Telefono de Medico

Nearest Friend or Relative (Not living with you) _____ **Phone** _____
Amigo Cercano o Familiar (No viviendo con usted) Telefono

Medicare and most insurance carriers do NOT cover routine eye exams and "REFRACTIONS," which is the portion of the eye exam necessary to check for vision problems or glasses. We are pleased to submit claims in which we are plan providers.
Medicare y la mayoría de los portadores de aseguranza NO cubren exámenes rutinarios de ojos ni "REFRACCIONES," que es la porcion del examen necesaria para revisar los problemas de vista o lentes. Estamos dispuestos a someter cobros en los cuales somos proveedores.

I hereby authorize my insurance benefits to be paid directly to the physician, and I am responsible for all co-payments, deductible, and/or non-covered services. I also authorize the physician to release any information required by my insurance company.

Yo autorizo que los beneficios de mi aseguranza sean pagados directamente al doctor, y soy responsable por todos los co-pagos, deducible, y/o servicios no cubiertos por mi compania de aseguranza. Tambien autorizo al doctor que revele cualquier informacion requerida por mi compania de aseguranza.

X

DATE / FECHA

Signature (Patient, Parent, or insured) / Firma (Paciente, Padre, o Asegurado)