

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

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

DATE / FECHA