

## Informacion Del Paciente

¿ Está interesado en obtener mas información acerca de como reducir su necesidad de usar espejuelos y lentes de contactos a un precio moderado?     SÍ     O     NO

¿ Está interesado en obtener una apariencia mas joven?     SÍ     O     NO

### PORFAVOR ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA

<b>Nombre: Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>MI</b>	<b>Fecha De Nacimiento</b> ____/____/____	<b>Edad</b>	<b>Masculino/ Fem enina</b>	<b>Seguro Social</b>
<b>Dirección en total: Postal</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>		<b>Código</b>	
<b>Numero de Casa:</b> (____)____-____	<b>Numero de Celular:</b> (____)____-____		<b>Numero de Trabajo:</b> (____)____-____			
<b>Nombre de la compañía donde trabaja y dirección:</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>		<b>Código Postal</b>	
<b>Nombre De Su Doctor Primario y Dirección:</b>			<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Numero De Teléfono:</b> (____)____-____
<b>Nombre De Esposo:</b>	<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Fecha De Nacimiento</b> ____/____/____		<b>Seguro Social</b>	
<b>Nombre de la compañía donde trabaja y esposo(a) y dirección:</b>			<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Numero De Teléfono:</b> (____)____-____
<b>En Caso De Emergencia:</b>			<b>Relacion Al Paciente:</b>			
<b>¿ Quién Es Responsable Por La Visita De Hoy?</b>		<b>¿ Como Se Va A Pagar Esta Cuenta Hoy?</b>		<b>¿ Como oyo usted acerca de nosotros?</b>		
INFORMACION DE SEGURO						
<b>Seguro Primario Y Dirección:</b>			<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Numero De Teléfono:</b> (____)____-____
<b>Nombre de asegurado:</b>	<b>Fecha De Nacimiento</b> ____/____/____		<b>Relacion</b>	<b>Numero De Poliza</b>	<b>Seguro Social</b>	
<b>Empleo y Dirección Del Asegurado:</b>			<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Numero Del Empleo</b> (____)____-____
<b>Seguro Secundario Y Dirección:</b>			<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Numero De Teléfono:</b> (____)____-____
<b>Nombre de asegurado:</b>	<b>Fecha De Nacimiento</b> ____/____/____		<b>Relacion</b>	<b>Numero De Poliza</b>	<b>Seguro Social</b>	
This form has been verified for completion by: _____    Date: _____						