

Bienvenido a Plessen Ophthalmology

Complete en su totalidad la siguiente información del paciente y escriba su firma y la fecha en la parte de atrás del formulario.

Si necesita ayuda, hable con nuestro personal de recepción.

Información del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Dirección: _____ Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____
Ciudad, estado y código postal: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Teléfono fijo: (____) ____ - ____ Estado civil: ☐ Casado ☐ Soltero
Teléfono celular: (____) ____ - ____ ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro
Otro teléfono: (____) ____ - ____ ☐ Trabajo ☐ Cónyuge Dirección de correo electrónico: _____
Contacto preferido: ☐ Teléfono fijo ☐ Teléfono celular ☐ Otro teléfono ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal
Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ _____ Etnia: ☐ Hispano/Latino ☐ No hispano/latino
Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano
☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico ☐ Blanco
Ocupación: _____ Empleador: _____
Condición: ☐ Empleado ☐ Jubilado Dirección: _____
☐ Desempleado Ciudad, estado y código postal: _____
Teléfono: (____) ____ - ____ ☐ Trabajo ☐ Fijo ☐ Celular

Información del garante

☐ Si es la misma que la del paciente, marque aquí.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Dirección: _____ Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____
Ciudad, estado y código postal: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Teléfono fijo: (____) ____ - ____ Relación con el paciente: ☐ Cónyuge ☐ Hijo
☐ Otro
Otro teléfono: (____) ____ - ____ ☐ Trabajo ☐ Celular ☐ Cónyuge ☐ Otro
Otro teléfono: (____) ____ - ____ ☐ Trabajo ☐ Celular ☐ Cónyuge ☐ Correo electrónico: _____
Ocupación: _____ Empleador: _____
Condición: ☐ Empleado ☐ Jubilado Dirección: _____
☐ Desempleado Ciudad, estado y código postal: _____
Teléfono: (____) ____ - ____ ☐ Trabajo ☐ Fijo ☐ Celular

Información del seguro

Seguro primario: _____ Nombre del asegurado: _____
N.º de identidad o de póliza: _____ N.º de grupo: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____
Nombre del grupo (como figura en la tarjeta del seguro): _____ Copago: \$ _____
Seguro secundario: _____ Nombre del asegurado: _____
N.º de identidad o de póliza: _____ N.º de grupo: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____
Nombre del grupo (como figura en la tarjeta del seguro): _____ Copago: \$ _____

Remitido por: _____ Motivo de la cita: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: (____) ____ - ____ Relación: _____

¿Recibe actualmente atención de un programa de cuidados paliativos? Sí ☐ No

(Para el personal: si la respuesta es "Sí", indique "Programa de cuidados paliativos" en la "Nota de alerta del paciente", dedicación.)

****Dé vuelta este formulario y complete el lado dos****