

# John J. Riggs Oficina de Optometry - Informacion del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Zona Postal: \_\_\_\_\_  
Numero de Telefono: ( ) \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Ocupacion: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Pasatiempos: \_\_\_\_\_  
La persona responsable de los pagos, si no es el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Telefono de casa y trabajo \_\_\_\_\_

## Aseguranza Visual:

Medi-Cal No  Yes  Numero de Medi-Cal: \_\_\_\_\_  
Medicare No  Yes  Numero de Medicare: \_\_\_\_\_  
VSP No  Yes  Numero de VSP: \_\_\_\_\_  
Other: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_  
No tengo aseguranza visual

Metodo de pago: En Efectivo  Cheque  Tarjeta de Credito

¿ Ha tenido Usted o alguien en su familia alguna de las siguiente enfermedades/  
operaciones en los ojos? Por favor, indique que parentesco tiene con usted. (e.g.: usted,  
madre, padre, abuelos, etc.

|   |       |  |       |
|---|-------|--|-------|
| Alta presion de sangre <input type="checkbox"/> | _____ | Diabetes <input type="checkbox"/>                | _____ |
| Alergias <input type="checkbox"/>               | _____ | Tiroides <input type="checkbox"/>                | _____ |
| Artritis <input type="checkbox"/>               | _____ | Glaucoma <input type="checkbox"/>                | _____ |
| Cataratas <input type="checkbox"/>              | _____ | Lastimaduras de ojo <input type="checkbox"/>     | _____ |
| Bisco <input type="checkbox"/>                  | _____ | Operaciones de la vista <input type="checkbox"/> | _____ |
| Infeccion de los ojos <input type="checkbox"/>  | _____ | Ceguera <input type="checkbox"/>                 | _____ |
| Otros: _____                                    |       |  |       |

Mencione cualquier medicamento que este tomando: \_\_\_\_\_

¿Es alergico a algun medicamento? \_\_\_\_\_

Usted usa cigaros/tobacco? \_\_\_\_\_ Alcohol? \_\_\_\_\_ Otras substancia(s)? \_\_\_\_\_

¿Que problema espifico o sintoma lo hace visitar al oculista hoy? (¿Es esta visita para un examen  
annual?) \_\_\_\_\_

Su oculista anterior \_\_\_\_\_ OD  MD

Su ultimo examen fue \_\_\_\_\_ años.

En caso de emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo \_\_\_\_\_

¿A quien podemos darle las gracias por haberlo referido a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

## Asignación de Beneficios

Asigno todos los beneficios medicos a los cuales tengo derecho incluyendo Medicare, aseguranza privada y otros planes medicos a John J. Riggs, O.D. Este designación permanecera en efecto hasta que lo revoque por escrito. Una fotocopia de este designacion sera considerada tan valida como una original. Entiendo que soy finacialmente responsable de todas los gastos sean pagodas o no por la aseguranza ya mecionada. Autorizo al designado ya mencionada a dar a conoser toda la informacion necesaria para asegurar el pago.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_