

East Dallas Family Eye Care

8202 Elam Road Suite #100

Dallas, TX 75217

(214) 391-1119

Bienvenido a nuestra clínica de vision! Le agradecemos que haya elegido nuestra práctica para necesidades de la salud ocular. Por favor complete este formulario en su totalidad. Toda su información se mantendrá confidencial y no se divulgará sin su consentimiento por escrito. Si tiene alguna pregunta nos puede pedir ayuda, Gracias.

Información del Paciente

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: (Para confirmar la cita en el futuro):

Contacto de emergencia: _____

Relacion: _____

Numero de telefono: _____



Información del Seguro

Nombre de seguro medico primario: _____

Nombre de seguro medico secundario: _____

Nombre de Seguro de vision: _____

Nombre bajo quien esta la aseguranza y numero de Seguro social:

Información de Salud

Actualmente usa lentes?	SI	NO
Actualmente usas lentes de contacto?	SI	NO
Interesado en lentes de contacto	SI	NO
esta bajo tratamiento para la diabetes?	SI	NO
Usa la computadora mas de 4 horas/dia?	SI	NO
Trabaja afuera?	SI	NO
Maneja de noche por su trabajo?	SI	NO
En su trabajo require lentes de seguridad?	SI	NO
Usa lentes mientras juega deportes?	SI	NO

Ultimo examen de vision? ____ / ____ / ____

Dónde: _____

Ultimo examen médico con su proveedor? ____ / ____ / ____

Dónde: _____

Nombre de Proveedor de atencion primaria: _____

Tiene alergias a medicamentos: _____

Medicamentos Actules: _____