

# TOZER LEE EYE CENTER

## FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

**POR FAVOR IMPRIMA Y COMPLETE TODOS LOS CAMPOS**

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO - NOMBRE - INICIAL)		NOMBRE PREFERIDO	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN		CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO CELULAR	NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA	
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro	GÉNERO AL NACER <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO: <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> SMS/CELULAR <input type="checkbox"/> TELÉFONO CASA	
ESTADO LABORAL (marque con un círculo) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado		IDIOMA PREFERIDO <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO	
NOMBRE DEL EMPLEADOR: SI SE UTILIZA UN SEGURO DE COMPENSACIÓN LABORAL		NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	

### INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/TUTOR

*La información del tutor debe completarse, si el paciente es menor de 18 años.*

NOMBRE DEL CÓNYUGE O TUTOR * (APELLIDO - NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO CELULAR:	NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA
--	---------------------	-----------------	----------------------------

### INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

CONTACTO DE EMERGENCIA	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
------------------------	----------	--------------------

### PCP/INFORMACIÓN DE REFERENCIA

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA	NÚMERO DE TELÉFONO:	CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS
NOMBRE DEL PROVEEDOR REFERENTE:	NÚMERO DE TELÉFONO:	

### INFORMACIÓN DE SEGUROS – SEGURO MÉDICO Y DE VISIÓN

¿TIENES SEGURO DE VISIÓN DE VSP? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO, NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA Y FECHA DE NACIMIENTO	TITULARES DE PÓLIZA - ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:
NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO DE PÓLIZAS
NOMBRE DEL TITULAR DEL PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DE LOS TITULARES DE LA PÓLIZA	Relación con el paciente
NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO DE PÓLIZAS
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DE LOS TITULARES DE LA PÓLIZA	Relación con el paciente

FIRMA DEL PACIENTE (FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL, SI CORRESPONDE)	FECHA DE HOY
--	--------------