

Welcome Back! ¡Bienvenidos de nuevo!

**Patient's Information/Información del Paciente**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sex/Sexo: \_\_\_\_\_

Address/Domicilio: \_\_\_\_\_

City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Zip/Estado y código postal: \_\_\_\_\_

Home  Cell Phone/ Teléfono: \_\_\_\_\_

E-Mail/Correo electrónico : \_\_\_\_\_

Reason for Visit/Razón de su visita: \_\_\_\_\_

**Insurance/Seguro**

Same as last time/La misma de la vez pasada  New Insurance/Nuevo Seguro

Policy Holder's Name & DOB/Nombre del titular de la póliza y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Insurance & Policy #/ # de póliza: \_\_\_\_\_

**Medical History/Historial Médica**

Please let us know of recent changes in your medical history. If your answer is YES please specify. Por favor, háganos saber de los cambios recientes en su historial médico. Si su respuesta es SÍ, por favor especifique.

Medical Diagnosis/Diagnóstico médico  NO  Yes/Sí \_\_\_\_\_

Medications/Medicamentos  NO  Yes/Sí- \_\_\_\_\_

Eye Concerns/Preocupaciones de los ojos  NO  Yes/Sí \_\_\_\_\_

Surgeries/Cirugías  NO  Yes/Sí \_\_\_\_\_

Other/Otro: \_\_\_\_\_

Your electronic signature will attest that you understand our office policies, HIPPA and medical release form: Please list anyone that you authorize the release of your personal information. Su firma electrónica certificará que comprende las políticas de nuestra oficina, HIPPA

**Welcome Back! ¡Bienvenidos de nuevo!**

y el formulario de divulgación médica: Apunte a todas las personas a las que autoriza la divulgación de su información personal.