



ALEXANDER VISION CENTER APLICACION DE LA CLINICA OPTICA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

¿ÉTNICO? _____ SEXO _____

NOMBRE DEL PADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO _____ CUIDAD _____ ZONA POSTAL _____

TELEFONO _____ TELEFONO VECINO/Ó CONOCIDO _____

DEPENDIENTES: (NO INCLUYA LOS NOMBRES MENCIONADOS ARRIBA)

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____ NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____ NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____ NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

INGRESO: (INCLUYA *TODO* EL INGRESO MENSUAL ANTES DE DEDUCCIONES)

TRABAJO DEL PADRE _____ TELEFONO _____ SALARIO **MENSUAL** _____

TRABAJO DE LA MADRE _____ TELEFONO _____ SALARIO **MENSUAL** _____

SEGURO SOCIAL/INCAPACIDAD/SSI _____ A.F.D.C. _____ SOSTEN INFANTIL _____

COMPENSACION DE DESEMPLEO _____ COMPENSACION DEL TRABAJADOR _____

OTRO (RECURSOS Y LA CANTIDAD) _____

¿CUAL ES EL PROBLEMA OPTICO DE SU NIÑO? _____

¿HA SIDO SU NIÑO UN PACIENTE DE LA CLINICA OPTICA ANTERIORMENTE? _____ CUANDO? _____

¿HA VISITADO SU NIÑO A UNA CLINICA OPTICA ANTERIORMENTE? _____ DONDE? _____ ¿QUIEN ES EL

MEDICO DE SU NIÑO? _____ NOMBRE DEL MEDICO QUE HA VISITADO RECIENTEMENTE _____

¿ESTA CUBIERTO EL PACIENTE POR MEDICAID? _____ ASEGURANZA? _____ COMPAÑIA _____

¿QUIEN LE RECOMENDO A LA CLINICA? NOMBRE: _____ **TITULO** _____

NOMBRE DE ESCUELA/AGENCIA _____

EMAIL DE QUIEN LE RECOMENDO _____

NUMERO DE TELEFONO _____

AGUDEZA DEL NIÑO AL EXAMINAR _____ **DERECHA** _____ **IZQUIERDA** _____

SOLO PARA USO CLINICO

FECHA RECIBIDO: _____

EXAMINADO POR: _____

APROBADO: _____ NEGADO: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR Y ENFERMERA/CLINICA
