



Bienvenidos a Covina Hills Optometric Group
Favor de completar este **Informe de Computadora** para servirle mejor.

Por favor escriba el nombre del paciente:

Apellido: _____ Inicial: _____ Primer Nombre: _____

Nombre preferido: _____

Guardian (Si es applicable) _____

Nombre del seguro de la vision o del seguro de salud: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono casa: (_____) _____ Teléfono Trabajo (_____) _____

Teléfono Celular: (_____) _____ Correo Electronico: _____

El número mejor para comunicarnos con usted Casa Trabajo Celular

Genero: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____

Numero de seguro social: _____ Estado Civil: _____

Sitio de Empleo: _____ Empleo: _____

¿Como fue que se dio cuenta de nuestra oficina?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Paciente previo | <input type="checkbox"/> Pasando por la calle en auto |
| <input type="checkbox"/> Lista de aseguranza | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Correo a casa | <input type="checkbox"/> Recomendados |
| <input type="checkbox"/> Caminando | <input type="checkbox"/> Directorio de teléfono |

¿A quien le agradecemos? _____

Nombres de familiares que viven en su hogar: _____