



Eye Care 4 Kids is a 501(C)3 Charitable Corporation

FORULARIO DE ADMISION DE PACIENTE (PACIENTE MENOR)

POR FAVOR DE ENVIAR TODA LA INFORMACION COMO ASEGURANZA, TARJETAS DE SEGUR MEDICO CUPONES, REFERRIDOS, ETC. AL PERSONAL DE LA CLINICA ANTES DE SU EXAMEN.

REMISION DE LA VISION: *ADJUNTO*

NOMBRE DEL PACIENTE MENOR _____

CCSD ID # _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ MASCULINO FEMENINO NON-BINARIO

DOMICILIO DEL HOGAR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____

NOMBRE DE LA ESCUELA _____ NIVEL DE GRADO ACTUAL _____ HERMANO EN CCSD? SI NO

RAZA (circulo uno o mas) Indio Americano Hispanio/Latino Nativo de Alaska Asiático Afro Americano Islas del Pacífico Caucásico Otro

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR _____

TEL. CELULAR _____ TEL. DE TRABAJO _____ TEL. DEL HOGAR _____

CORREO ELETRONICO _____

NUMERO DE PERSONAS EN SU HOGAR _____ APPROXIMADAMENTE EL SUELDO ANUAL EN EL HOGAR _____

MEDICAID FFS: SI _____ NO _____ NUMERO DE MEDICAID _____

OTRO SEGURA: SI _____ NO _____ NOMBRE DEL SEGURA _____ NUMERO DE POLIZA: _____

NUMERO DE GRUPO: _____

INFORMACION ADICIONAL:

ALERGIAS _____

MEDICO _____ NUMERO DE TELEFONO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ NUMERO DE TELFONO _____

INFORMACION ACERA DEL EXAMEN:

ESTO ES PARA: EXAMEN LENTES FECHA DEL ULTIMO EXAMEN _____

¿SU HIJO USA ACTUALMENTE ANTEJOS? SI NO *EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR LLEVE LAS GAFAS AL EXAMEN

¿QUE PREOCUPACIONES TIENES CON LOS OJOS? _____

DEBER DE ADVERTIR PARA LOS MENORES: Los niños son mucho más físicamente activos que los adultos por lo que sus gafas deben proporcionar máxima protección. El policarbonato es un material de lente resistente al impacto. Eye Care 4 Kids recomienda material de lente de policarbonato como la lente de elección para todos los niños. Eye Care 4 Kids ha explicado las ventajas de las lentes de policarbonato para mí. Si elijo no tener a mi hijo usar lentes de policarbonato, los sostendré inofensivos.

PERMISO: Doy permiso al personal de EYE CARE 4 KIDS para tratar la visión o el problema de los ojos de mi hijo. Entiendo que el personal de Eye Care 4 Kids staff podría elegir dilatar las pupilas de los ojos de mi hijo y acepto los riesgos adversos y no los hago responsables. Básicamente soy el responsable por cualquier y todo servicio prestado a favor de mi hijo. He leído toda la información y respondido a las preguntas anteriores. Certifico que esta información es verdadera y correcta. Notificaré cualquier cambio en la salud de mi hijo o de la información antes descrita.

Doy a Eye Care 4 Kids el derecho de fotografiar o tomar video de mi persona y/o a mi hijo para utilizarlo en su material promocional. Si _____ No _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR (para paciente menor) _____ FECHA _____

POR FAVOR ESCRIBA SU NOMBRE _____