



Vision Salon Eye Care Associates  
Adult & Pediatric Comprehensive Eye Care

FORMA DE REGISTRACION

12812 S. Western • Blue Island, IL 60406 • Office: (708) 385-0013 • Fax: (708) 385-1175  
840 E. 87<sup>th</sup> Street – Suite 100 • Chicago, IL 60619 • Office (773) 783-4424 • Fax: (773) 783-3340

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Del Trabajo \_\_\_\_\_ Del Celular \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Si casado(a), nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Persona responsable por la cuenta \_\_\_\_\_

Si menor o estudiante por favor de llenar:

Nombre de Pariente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Nombre de Maestra \_\_\_\_\_

**¿Como Fue Referido A Nuestra Oficina?**

Amigo/Pariente \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Periódico (¿Cual?) \_\_\_\_\_  Radio  Paginas Amarilla  Correo  Televisión

Revista  Otro: \_\_\_\_\_

¿Usted tiene seguridad de visión cual pueda cubrir parte o todos sus servicios?  Yes  No

Si tiene, marque la que le aplicó:

Medicare  Blue Cross Blue Shield PPO  Private Health Care Systems (PHCS)  Aetna  Cigna with VSP

Unicare  Vision Service Plan  Davis  Humana PPO  Illinois Public Aid  Eyemed  Comp Benefits

Mid America  Workers' Comp Other: \_\_\_\_\_

*Para todos los pacientes, el pago tendría que hacerse cuando los servicios son rendidos incluyendo co-pago.*

**Modo De Pago**

Cash  Check  Master Card/Visa  American Express  Discover  Money Order

**Para Servirle Mejor, Por favor Llene Lo Siguiente:**

Pasatiempos: \_\_\_\_\_

¿Usted usa la computadora más de 30 minutos al día?  Yes  No

¿Sus lentes tienen protección contra rayos ultra violetas?  Yes  No

¿Usted usa lentes con receta?  Yes  No

**PORFAVOR DE VOLTEAR Y COMPLETAR LA PARTE DE ATRÁS →**

**Ultimo Exámenes**

¿Cuándo fue su último examen de físico? \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último examen de visión? \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

¿Esta tomando algún tipo de medicamento? \_\_\_\_\_

**¿Usted o/y alguien de su familia sufre de cualquier de las siguiente enfermedades?**

Alta Presión \_\_\_\_\_

Sinusitis \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Glaucoma \_\_\_\_\_

Artritis \_\_\_\_\_

Asma \_\_\_\_\_

Enfermedad del Corazón \_\_\_\_\_

Fiebre \_\_\_\_\_

Migrañas \_\_\_\_\_

Doble Visión \_\_\_\_\_

Ha tenido cirugía o golpe severo en sus ojos?  Si  No Cuando y describe \_\_\_\_\_

¿A usado anterior o en el presente lentes de contactos?  Si  No Si ha usado, cual;

Elige uno por favor:

Suave

Duro

Torico (Para Astigmatismo)

Bifocales

**Conocimiento de Pago y Seguridad**

1. Entiendo que soy responsable por el pago completo a Vision Salón Eye Care Associates al momento que los servicios son rendidos, al menos que un acuerdo anterior se halla hecho.
2. En el evento en que mi cheque se regrese con insuficiente fondos, pagare \$25.00 por cargos de servicio.
3. En el evento en que mi cuenta este mandado a colección, estoy de acuerdo en pagar de cargo de colección 25% de la cantidad que fue mandada a colección, costos de abogados y corte. Una vez que su cuenta esta transferida a colección, pago y/o preguntas deberían ser dirigidas a la agencia de colección.
4. Al firmar yo reconozco que he recibido una copia de La Privacidad de Prácticas de Visión Salón Eye Care Associates.

Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Pariente o Persona Responsable \_\_\_\_\_

Relación a Paciente \_\_\_\_\_