

2020-2021 Aplicación para la clínica de ojos Alexander Vision Center



Nota: por favor no complete este formulario si su niño tiene seguro privado o Medicaid. En ese caso, deberá llamar al número de teléfono que figura en la tarjeta del seguro del niño para obtener más información acerca de la cobertura oftalmológica y los optometristas y oftalmólogos disponibles.

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento del paciente			Sexo	
Nombre del padre			Fecha de nacimiento			
Nombre de la madre			Fecha de nacimiento			
② Dirección			Núm. de apt.			
Ciudad			Texas	Código postal		
C Teléfono particular		R	Otro teléfono			
Correo electrónico de los padres	3					
Dependientes (no incluya los mo	encionados ante	riormente)				
Nombre	Edad	Sexo	Nombre		Edad	Sexo
Nombre	Edad	Sexo	Nombre		Edad	Sexo
Nombre	Edad	Sexo	Nombre		Edad	Sexo
Ingreso (ingreso mensual antes	de deducir impu	uestos)				
Empleo del padre & Teléfono			10		Ingreso	
Empleo de la madre & Teléfono			10	Ingreso		
Otro ingreso						
¿Qué problema presenta su hijo	en la vista?					
¿Ya ha sido atendido en la clínic	a de ojos anterio	ormente?	¿Cuándo?			
¿Su hijo ha recibido atención of	talmológica en a	llguna de nuestras	s clínicas?	¿Cuándo?		
¿Quién es el oftalmólogo del niñ	io?					
¿Quién lo refirió a la clínica? No	mbre			Título		
Escuela u otra agencia		Correo	electrónico de es	sta persona		
C Teléfono de quién refiere Agudeza visual del niño al momento de la evaluación Der. Izq.						
Otras preocupaciones						
Para uso de la clínica solamente Firma del padre/madre/tutor legal y enfermera/o						
Fecha de recibo						
Evaluado por						
Aprobado Rechazado *En la clínica de ojos Alexander Vision Center no se atiende a niños con cobertura ofta provista por un seguro privado o Medicaid.						ertura oftalmológica