

**Sound Vision Care, Inc. –**

Fecha: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Título:  Señor  Señora  Señorita  Doctor Otro: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ NI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Contacto primario #: Casa  Móvil

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ SSN # \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Raza:  Africano/Africano Americano  Asiático/Asiático Americano  Caucásico/Europeo Americano  Otro

Origen Étnico:  Americano Nativo/Nativo de Alaska  Nativo Hawaiano/Otro Pacifico Isleño  Hispano/Latino  Otro

Estado de Empleo:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Desempleado  Retirado  Estudiante  Discapacitado

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

Estudiante:  Si  No Grado: \_\_\_\_\_ Si eres menor de edad, nombre de relativo: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Otro

Para acceder a sus registros médicos; por favor proveer su correo electrónico: \_\_\_\_\_

Medico Primario: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Usted usa tabaco?  Si  No Usted toma alcohol?  Si  No Usted utiliza drogas recreativas?  Yes  No

Tiene usted alguna condición médica?  Si  No en caso que si, por favor listar: \_\_\_\_\_

Toma usted algún medicamento?  Si  No en caso que si, por favor listar: \_\_\_\_\_

Tiene usted alguna alergia a medicamentos?  Si  No en caso que si, por favor listar: \_\_\_\_\_

Ha tenido usted alguna cirugía?  Si  No en caso que si, por favor listar: \_\_\_\_\_

Ha tenido usted alguna cirugía de cataratas o de ojos?  Yes  No en caso que si, por favor listar: \_\_\_\_\_

Si eres mujer: Estas embarazada?  Yes  No Estas lactando?  Yes  No

Alguna de las siguientes opciones aplica a sus ojos o visión?: Lista algún problema con su visión: \_\_\_\_\_

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Y</b>                 | <b>N</b>                 | <b>Y</b>                 | <b>N</b>                 | <b>Y</b>                 | <b>N</b>                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Usas lentes contacto     |                          | Visión doble             |                          | Sensibilidad a la luz    |                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Visión borrosa           |                          | Ojos resecos             |                          | Destellos de luz         |                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ojos cruzados/perezosos  |                          | Ojos llorosos            |                          | Flotadores               |                          |

Cuál es la razón de su visita hoy? \_\_\_\_\_

Ha quien le agradecemos por referirte a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Solo para sus registros médicos, necesitamos conservar una foto de cada paciente en en nuestro archivo. Por favor firme a continuación para darnos permiso de tomar una foto para vincular a su registro médico.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre Impreso del Paciente: \_\_\_\_\_

**Continúe atrás, por favor completar el otro lado**



# Sound Vision Care

Fecha: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

### Responsabilidad Individual de los Servicios No Cubiertos

En consideración de los servicios prestados por los proveedores de Sound Vision Care Inc. al paciente que suscribe; el suscriptor se compromete a pagar a los proveedores de Sound Vision Care Inc. cualquier copago, coseguro u otros cargos que deba pagar mi cobertura de seguro de salud. Además, prometo pagar todos los servicios que no están cubiertos por mi plan de seguro médico provisto.

**Riverhead**  
887 Old Country Rd, Suites K-L  
(631)727-2858 | fax (631)727-2866

**Southold**  
44210 County Rd 48, Suite 1  
PO Box 463  
(631)765-3092 | fax (631)765-3046

**Westhampton Beach**  
200 Montauk Highway  
(631)283-0220 | fax (631)283-0299

**Coram**  
3650 Route 112  
(631)732-082 | fax (631) 732-00718

**East Setauket**  
23 Technology Drive, Suite 5  
(631)675-6909 | fax (631) 675-6910

\_\_\_\_\_ firma del paciente/relativo \_\_\_\_\_ fecha

### Asignación de los Beneficios Obtenidos

Por medio de la presente, asigno a los proveedores de Sound Vision Care Inc. todos los fondos o beneficios a los que tengo derecho de mi seguro, HMO, pagador externo, agencias gubernamentales o aquellos que son financieramente responsables de mi atención médica.

----- firma del paciente/relativo \_\_\_\_\_ fecha

**Jeffrey S. Williams Sr., OD**  
Comprehensive Optometry  
Contact Lenses

**Jeffrey S. Williams Jr., OD**  
**Diplomat., ABO**  
Board Certified Optometrist  
Comprehensive Optometry  
Specialty Contact Lenses  
Disease Diagnosis & Management

**Monika Murawska, OD**  
Comprehensive Optometry  
Contact Lenses

**Cynthia J. Wiener, OD**  
Comprehensive Optometry  
Contact Lenses

### Autorización para Divulgar Registros

Por medio de la presente autorizo a los proveedores de Sound Vision Care Inc. divulgar a mi aseguradora, HMO, pagador externo, agencias gubernamentales o a quien sea financieramente responsable de mi atención médica, toda la información necesaria para justificar el pago de dicha atención médica y si es necesario, para fines de precertificación o aprobación previa.

Sin embargo, que quede expresamente entendido que no habrá obligación del suscriptor de pagar por ningún servicio, que no sean los servicios cubiertos por el párrafo 1 anterior, que no son médicamente necesarios o facturados incorrectamente.

\_\_\_\_\_ firma del paciente/relativo \_\_\_\_\_ fecha

### Autorización para Divulgar Información

Por la presente autorizo a los proveedores de Sound Vision Care Inc. divulgar información relacionada con mi atención médica, materiales, información de recetas, notificación de aprobación o denegación de medicamentos, llegada de cualquier material, información relacionada con la cobertura del seguro, recordatorios de citas y registros médicos que solicito, a las personas enumeradas a continuación (indique las restricciones de información si las hay):

Medico primario: \_\_\_\_\_ Esposo/a: \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma del paciente/relativo \_\_\_\_\_ fecha



[www.soundvisioncare.com](http://www.soundvisioncare.com)