



**Claudio S. Contreras, M.D., Inc.**

Eye Physician and Surgeon  
Médico y Cirujano de los Ojos

**Diplomado de la Asociación Americana de Oftalmología**

2120 McKee Rd  
San Jose, CA 95116

## **INFORMACION PERSONAL**

*(Por favor de escribir con claridad)*

Apellido, Nombre \_\_\_\_\_ Sexo o Género \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

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

Casado(a) \_\_\_\_\_ Soltero(a) \_\_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Por solicitud del gobierno:

Idioma \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Cuando llega a ser necesario comunicarnos con usted por favor indique su números de teléfono:

Teléfono primario \_\_\_\_\_ Segundo numero de Teléfono \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar mensajes y la información de la cita en un dispositivo que contesta o con otra persona que conteste el teléfono? Sí [ ] No [ ]  
El nombre y el número de teléfono de una persona que podamos llamar en caso de una emergencia: \_\_\_\_\_

Referido por  Doctor de cabecera  Optometrista  Paciente  Internet  Otro

Nombre \_\_\_\_\_

## **Autorización de Seguro Médico**

Yo \_\_\_\_\_ doy autorización para que Claudio S. Contreras MD Inc. reciba los pagos de mi compañía de seguro médico por su consulta y tratamiento. **Donde se permite yo me hago responsable de pagar por los servicios médicos que he recibido en caso que no fueran pagados por dicha compañía de seguro médico.** Por la misma autorizo que el Dr. Contreras envíe toda la información medica directamente a la compañía de seguro médico que requiera dicha información para pagar por los servicios rendidos. También permito que se envíe copia de me expediente al cualquier médico que necesite consultar de mi caso.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Padre o Madre si es menor de edad)