



Fecha: _____

FLORIDA LIONS EYE CLINIC

APELLIDO _____ NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO, MES _____ DIA _____ AÑO _____

NUMERO DE TELEFONO () _____

TIENE SEGURO MEDICO? SI _____ NO _____ MEDICARE _____ MEDICAID _____

ES SU PRIMERA VEZ AQUI? SI _____ NO _____

CUANTAS PERSONAS VIVEN CON USTED? ADULTOS _____ NIÑOS _____

INGRESOS MENSUALES? \$ _____ CUANTO GANA SU PAREJA? \$ _____

CIUDAD DONDE VIVE? _____ CODIGO POSTAL _____

RAZÓN DE LA VISITA _____



Fecha: _____

FLORIDA LIONS EYE CLINIC

APELLIDO _____ NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO, MES _____ DIA _____ AÑO _____

NUMERO DE TELEFONO () _____

TIENE SEGURO MEDICO? SI _____ NO _____ MEDICARE _____ MEDICAID _____

ES SU PRIMERA VEZ AQUI? SI _____ NO _____

CUANTAS PERSONAS VIVEN CON USTED? ADULTOS _____ NIÑOS _____

INGRESOS MENSUALES? \$ _____ CUANTO GANA SU PAREJA? \$ _____

CIUDAD DONDE VIVE? _____ CODIGO POSTAL _____

RAZÓN DE LA VISITA _____



Fecha: _____

FLORIDA LIONS EYE CLINIC

APELLIDO _____ NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO, MES _____ DIA _____ AÑO _____

NUMERO DE TELEFONO () _____

TIENE SEGURO MEDICO? SI _____ NO _____ MEDICARE _____ MEDICAID _____

ES SU PRIMERA VEZ AQUI? SI _____ NO _____

CUANTAS PERSONAS VIVEN CON USTED? ADULTOS _____ NIÑOS _____

INGRESOS MENSUALES? \$ _____ CUANTO GANA SU PAREJA? \$ _____

CIUDAD DONDE VIVE? _____ CODIGO POSTAL _____

RAZÓN DE LA VISITA _____



Fecha: _____

FLORIDA LIONS EYE CLINIC

APELLIDO _____ NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO, MES _____ DIA _____ AÑO _____

NUMERO DE TELEFONO () _____

TIENE SEGURO MEDICO? SI _____ NO _____ MEDICARE _____ MEDICAID _____

ES SU PRIMERA VEZ AQUI? SI _____ NO _____

CUANTAS PERSONAS VIVEN CON USTED? ADULTOS _____ NIÑOS _____

INGRESOS MENSUALES? \$ _____ CUANTO GANA SU PAREJA? \$ _____

CIUDAD DONDE VIVE? _____ CODIGO POSTAL _____

RAZÓN DE LA VISITA _____