



**1. Información del Paciente**

NOMBRE _____		APELLIDO _____	
<b>LA MINNESOTA EYE FOUNDATION NO COMPARTE INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL CON NINGÚN TERCERO.</b>			
FECHA DE NACIMIENTO _____	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDA/ER	NÚMERO DE TELÉFONO _____
CONTACTO ALTERNATIVO (NOMBRE Y APELLIDO) _____		RELACIÓN _____	NÚMERO DE TELÉFONO _____
RAZA <input type="checkbox"/> NATIVO AMERICANO O DE ALASKA <input type="checkbox"/> NATIVA DE HAWAI O LAS ISLAS DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> BLANCO O CAUCÁSICO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> OTROS _____		ORIGEN ÉTNICO <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO/A <input type="checkbox"/> NO HISPANOS O LATINOS/A	
CIUDADANÍA/INMIGRACIÓN ESTADO <input type="checkbox"/> ES CIUDADANO O NACIONAL DE LOS EEUU <input type="checkbox"/> INDIVIDUO INDOCUMENTADO <input type="checkbox"/> ASILADO, REFUGIADO, O EXCONVICTO <input type="checkbox"/> VISITANTE A LOS EEUU.		IDIOMA PRIMARIO _____	¿NECESITAS UN INTÉRPRETE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**2. Servicio(s) o Procedimiento(s) Recomendado(s)**

*Incluya una copia de su resumen más reciente del examen ocular con esta aplicación.*

PROCEDIMIENTOS RECOMIENDA _____	OJO(S) <input type="checkbox"/> OD (Derecha) <input type="checkbox"/> OS (Izquierda) <input type="checkbox"/> OU (Ambos)	NOMBRE DE DOCTOR _____	NÚMERO DE TELÉFONO _____
------------------------------------	--	---------------------------	-----------------------------

**3. Estado del Seguro**

¿TIENES SEGURO MEDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI NO, ¿HA SOLICITADO ASISTENCIA MEDICAID O MEDICARE? <input type="checkbox"/> APROBADO <input type="checkbox"/> NEGADO <input type="checkbox"/> INELEGIBLE	¿SI NEGADO O INELEGIBLE, LO QUE FUE/ES LA RAZÓN? _____
---	--	---

**4. Hogar y Ingresos**

TAMAÑO DEL HOGAR (NÚMERO DE INDIVIDUOS) _____	MENSUAL INGRESOS (ANTES DE IMPUESTOS) _____	TIPOS DE INGRESO ADICIONAL <input type="checkbox"/> SALARIOS <input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN DE DESEMPLEO <input type="checkbox"/> MANUTENCIÓN CONYUGAL <input type="checkbox"/> BENEFICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL (SSDI) <input type="checkbox"/> INGRESO DE JUBILACIÓN O PENSIÓN <input type="checkbox"/> SUPLEMENTARIO DE SEGURIDAD SOCIAL <input type="checkbox"/> ASISTENCIA MFIP / DWP/ GA <input type="checkbox"/> OTRO: _____
--	--	--

**5. Consentimiento**

*Al firmar, usted atestigue que la información proporcionada en esta solicitud es precisos a lo mejor de su conocimiento y permiten a la Minnesota Eye Foundation utilizar información no identificable para mejorar los servicios y acceder a fondos adicionales.*

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDO

\_\_\_\_\_  
FRIMA

\_\_\_\_\_  
FECHA