

WELCOME FORM

We are happy to have you here! Please update your information.

PERSONAL INFORMATION

Last Name: _____ First Name: _____
 Date of Birth: ____/____/____ Gender: Male Female Non-Binary Other: _____
 Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
 Phone Number: _____ Secondary Phone Number: _____
 E-Mail: _____ Preferred Contact Method: Text E-mail Phone Mail

CHECK ALL THAT APPLY

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anxiety | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Focusing/Learning Differences |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> High Cholesterol | <input type="checkbox"/> Other |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Thyroid Abnormalities | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Prostate Problems | |

Please list your current medications: _____

May we connect with your pharmacy for your medication?: Yes No Initial: _____

Name of Pharmacy: _____ Address: _____

Do you have any allergies? If so, are any to medications? (Please list): _____

FOR ALL PATIENTS UNDER 18 & THOSE WITH AN ADULT WHO IS RESPONSIBLE FOR YOUR ACCOUNT, PLEASE FILL OUT THE FOLLOWING SECTION WITH YOUR RESPONSIBLE PARTYS INFORMATION (A.K.A THE PERSON RESPONSIBLE FOR PAYING YOUR BILL).

Guarantor First Name: _____ Guarantor Last Name: _____
 Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
 Guarantors Employer: _____ Guarantors Phone Number: _____
 DOB: ____/____/____ Additional Authorized Adults: _____

Primary Insurance	Secondary Insurance
--------------------------	----------------------------

Copies of our Office policies and Privacy Practices are located at the front desk

1. Please initial that you have been offered and/or received a copy of our Office Policies. Glasses are a custom-made product and are not returnable. _____

2. **Patient Signature and Acknowledgment of Receipt of Privacy Practices:** I hereby request that payment of authorized Medicare or other vision or medical insurance benefits be made directly to Eyes of Woodland Optometry for any qualified services. I hereby authorize Eyes of Woodland Optometry to release any medical information necessary to my insurance company to secure any payments. I hereby accept financial responsibility for rendered services that are not covered by my vision or medical insurance company. I understand I will be sent to collections for any unpaid services.

I acknowledge that I have been offered and/or have received a copy of the Notices of Privacy Practices for this office.

Patient/Parent Signature _____ Date _____



FORMA DE REGISTRO

Estamos contentos de atenderlos hoy! Por favor llene su informacion.

INFORMACION PERSONAL

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Genero: M F Otro: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____ Numero de Telefono: _____

Numero Secundario: _____ Correo Electronico: _____

Metodo de contacto preferido: Texto Correo Electronico Llamar Correo

MARQUE LO QUE APPLIQUE A USTED

- Ansiedad
- Diabetes
- Tiroides
- Asma
- Presion Alta
- Problemas de Prostata
- Depresion
- Colesterol Alta
- Otro: _____

Por favor escriba sus medicamentos: _____

Podemos conectar con su farmacia para sus medicamentos?: Si No Iniciales: _____

Nombre de farmacia: _____ Domicilio: _____

Tienes alguna alergia? (Por favor escribe): _____

PARA PACIENTES MENORES DE EDAD Y AQUELLOS CON UN ADULTO RESPONSABLE DE LA CUENTA, COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN CON LA INFORMACIÓN DE SU PERSONA RESPONSABLE.

Nombre de la persona responsable: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de telefono: _____ Empleador de la persona responsable: _____

Fecha: ___ / ___ / ___ Adultos adicionales: _____

Asegurancia Primaria	Asegurancia Secundario
-----------------------------	-------------------------------

1. Por favor pon sus iniciales si les ofrecimos y/o recibio una copia de nuestra Politicas de la Oficina. Lentes son producto hecho a su medida y no se pueden delvolver. _____

2. **Firma y Reconocimiento que Recibio Nuestra Nota de HIPPA:** Su firma nos autoriza para obtener cualquier informacion medica necesaria para uso del pago de su aseguranza y tambien autoriza que el pago de sus beneficios vayan directamenete a Eyes of Woodland Optometry. Cualquier balance que no page a cierto tiempo sera referido a una agencia de colecciones.

La firma debajo es reconocimiento que usted ha recibido nuestra Nota de HIPPA y autoriza uso de aseguranza.

Firma de el Paciente/Padre _____ Fecha _____