

**Dr. Aimee Noll, OD**  
2645 St Rose Pkwy, Ste C-110  
Henderson, NV 89052  
(702) 665-4960  
[www.drimeenoll.com](http://www.drimeenoll.com)

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Género: M \_\_\_ F \_\_\_  
SS #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ (casa / celular / trabajo)  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

**Información del Seguro:**

Nombre del titular principal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_

**Historial Médico:**

Fecha del último examen de la vista: \_\_\_\_\_ Nombre del médico primario: \_\_\_\_\_  
Condiciones médicas: \_\_\_\_\_  
Medicamentos: \_\_\_\_\_  
Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_  
Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

**Historia Familiar:**

Su mamá / papá / hermano / hermana tiene alguno de los siguientes?: (marque con un círculo)  
Cáncer, diabetes, enfermedad de la tiroides, hipertensión  
Degeneración macular, cataratas, glaucoma

Autorizo la divulgación de información médica o de otro tipo para procesar el reclamo y el pago a la parte que acepta la asignación. Reconozco que toda la información ingresada es correcta y precisa. Acepto la responsabilidad financiera de todos los gastos de la visita de hoy y entiendo que el pago debe realizarse cuando se brinde el servicio. Si el seguro no paga, el paciente será responsable de cualquier material o servicio no cubierto. La falta de pago se enviará a cobros. Autorizo el pago de mis beneficios de seguro a Aimee Noll, OD.

Firma del paciente / padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_