



OMNI EYE SERVICES

Name / Nombre: _____ DOB / Fecha de Nacimiento: _____

Communication Preference / Preferencia de Comunicación

Phone / Telefono Mail / Correo Email / Correo Electronico

Security Question for Patient Portal / Pregunta de Seguridad Para el Portal del Paciente

Mother's Maiden Name / Apellido de Soltera de su Mama: _____

Email Address / Correo Electronico _____

Race / Raza:	American Indian or Alaskan Native	Ethnicity:	Hispanic or Latino
	Black or African American		Not Hispanic or Latino
	Asian		
	Eskimo		
	Hispanic or Latino		
	Native Hawaiian or Pacific Islander		
	White or Caucasian		
Other: _____			

Primary Language / Idioma Primario:	Chinese	English	French	German
	Italian	Japanese	Portuguese	Russian
	Spanish	Other _____		

Personal Health Information / Información Medica Personal

Who may we discuss your Personal Health Information with?

Con quien podemos compartir su Informacion Medica Personal?

Name / Nombre: _____ Relationship / Relación: _____ Phone / Telefono: _____

Name / Nombre: _____ Relationship / Relación: _____ Phone / Telefono: _____

Name / Nombre: _____ Relationship / Relación: _____ Phone / Telefono: _____

Please DO NOT discuss my Personal Health Information with anyone other than myself.
Favor no comparta mi Información Medica Personal con nadie, solo conmigo.

Pharmacy Information / Información de la Farmacia

Retail Pharmacy Name / Nombre de la Farmacia: _____

Phone / Telefono: _____

Address / Dirección: _____

City / Ciudad: _____ State / Estado: _____ Zip Code /Codigo Postal: _____

Mail Order Company / Farmacia de pedidos por correo: _____ Phone / Telefono: _____

Address / Dirección: _____

City / Ciudad: _____ State / Estado: _____ Zip Code /Codigo Postal: _____

Patient Signature / Firma: _____ Date / Fecha: _____