



NY EYE CARE

1758 Brentwood Rd. Brentwood, NY 11717

**Vivian Renta, OD
Jordan Skyer, OD**

**PATIENT INFORMATION
FORM**

Date _____

Miss. Mrs. Mr.

(Marital Status: Single Married Separated Divorced Widowed)

Name _____	Date of Birth _____	Age _____
Address _____	Social Security # _____	
City _____	E-mail Address _____	
State _____ Zip _____	Home Phone _____	
Cell Phone _____ Carrier _____	Work Phone _____	

Preferred Method of Communication: Home Phone _____ Cell Phone _____ E-Mail _____

Preferred Language

- English
- Spanish
- French
- Other, Please specify _____

Ethnicity

- Hispanic or Latino
- Not Hispanic or Latino
- Refused / Declined

Race

- American Indian/ Alaska Native
- African American / Black
- Asian
- Caucasian / White
- Native Hawaiian / Pacific Islander

New Patient: How did you learn of our office?

- Family Doctor
- Relative
- Friend
- Yellow Pages
- Insurance List
- Other _____

INSURANCE INFO

Primary Insurance _____
Primary Policy ID# _____
Policy Holder Name _____
Relationship _____ **DOB** _____
Employer _____ **Occupation** _____
Vision Plan _____

Secondary Insurance _____
Secondary Policy ID# _____
Secondary Holder Name _____
Relationship _____ **DOB** _____

EMERGENCY CONTACT

Name _____ Relationship _____ Phone _____

PRIVACY RELEASE: Due to the privacy regulations, permission is required before any information can be shared with others. If you have anyone who could possibly contact our office on your behalf and want us to share your health information, please list their names below.

Name _____ Relationship _____ Phone _____
Name _____ Relationship _____ Phone _____

Preferred Pharmacy _____ Address _____ Phone _____

Please sign to confirm you have been offered a copy of our Notice of Privacy Practices

X _____



NY EYE CARE

1758 Brentwood Rd. Brentwood, NY 11717

**Vivian Renta, OD
Jordan Skyer, OD**

**Forma de Información del
Paciente**

Fecha _____

Señorita Sra. Sr. (Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Div Sep Viudo(a) Pareja de vida)

Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Edad _____
Dirección _____	# Seguro Social _____	
Ciudad _____	Correo electrónico _____	
Estado _____	Código postal _____	Teléfono de casa _____
Número de celular _____	Compañía _____	Número del trabajo _____

Método preferido de comunicación: Teléfono de casa _____ Celular _____ Correo electrónico _____

Language Preferido

- Inglés
- Español
- Francés
- Otro _____

Origen étnico

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
- Rechazar o Declinar

Raza

- Indio Americano/ Nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawaii / Islas del Pacífico
- Africano- Norte Americano
- Blanco(a)

Paciente Nuevo: Cómo aprendio de nuestra oficina?

- Médico
- Familiar
- Amigo
- Paginas Amarillas
- Lista de seguro médico
- Otro _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Seguro Principal _____
 # de ID Principal _____
 Nombre de titular de póliza _____
 Relación _____ Fecha de nacimiento _____
 Empleador _____ Ocupación _____
 Plan de Visión _____

Seguro Secundario _____
 # de ID Secundario _____
 Nombre de titular de póliza Secundario _____
 Relación _____ Fecha de nacimiento _____

Contacto de Emergencia

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

COMUNICADO DE PRIVACIDAD: Debido a las regulaciones de privacidad, Se requiere permiso antes de compartir información con otras personas. Si usted tiene alguien que puede comunicarse con nosotros de parte de usted para informarle de su salud, por favor ponga su nombre debajo.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____
 Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Farmacia de Preferencia _____ Dirección _____ Teléfono _____

Por favor firmar para confirmar que ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad

X _____