

# Bien Venidos a Visual Eyes

La fecha de ahora: \_\_\_\_\_ Cuando fue el último exam: \_\_\_\_\_

## Informacion de contacto:

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numero telefono de casa:  
\_\_\_\_\_

Numero telefono de dia:  
\_\_\_\_\_

Numero de celular:  
\_\_\_\_\_

## Informacion personal:

Trabaja:  
\_\_\_\_\_

Numero de social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Mujer \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_

Nombre de los padres/esposo(a)

Numero de celular: \_\_\_\_\_

Si algun de su familia o usted tiene cualquiera de estos problemas porfavor a note

Al la par si \_\_\_ o no \_\_\_

Allergies si no

Asthma si no

Cancer si no

Diabetes si no

Glaucoma si no

Infeccion de ojos si no

Infeccion del Corazon si no

Herida en el ojo si no

Alta prescion

Medicaciones (si toma alguna medicacion a note abajo en la linia)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Como escucho de nosotros?

Familiar

Amigo(a)

La pajinas amarillas

Coreo electronico

Coreo regular de casa

Patient

Del seguro

A note el nombre de la persona quien los referio con usted  
\_\_\_\_\_

Dilación ....

Para que el doctor le aga un chequeo bien necesita ser le un dilación. Si pregunta por que? Es para que cuando menores de 18, la parte de en medio de los ojos es grande. Pero cuando tamos pasados de la edad mas o menos de 25 la parte de en medio se va siendo mas chiquito y mas difícil para que el doctor calcule cual es su prescripción. El doctor lo que ase es poner le unas gotas que abren la parte de en medio de los ojos. Despues de a ser se el examen tiene que esperar 20 a 30 minutos . y despues el doctor chequea y mira que todo esta bien. Lo de serca se va ver boroso. Esto se le va entre 4 a 6 horas . la mayoría de suguros cubren .....y los que no tiene seguro y quieren esto echo el pago es \$25. mas el costo de el examen que es \$69 .

Marque en cualquiera de la líneas

Si deseo \_\_\_\_\_ no deseo \_\_\_\_\_ iniciales \_\_\_\_\_

Toda nuestra información y la sulla va aser entre esta compañía y usted y nadie mas. Así que confía en nosotros. Su información no va ser visto por otros patients.

Firma de los padres(para menores de 18) \_\_\_\_\_

Firma (de majores de 18) \_\_\_\_\_

Fecha de la firma : \_\_\_\_\_