

## BIENVENIDOS A FASHION EYES OPTOMETRY

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ IM \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_ FECHA DE NAC \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CA. C.P. \_\_\_\_\_

SI ESTA ES SU PRIMERA VEZ EN ESTA OFICINA, COMO FUE REFERIDO A NOSOTROS? (POR FAVOR CIRCULE UNO)

ASEGURANZA / FAMILIA / AMIGO / SU DOCTOR / PAGINAS AMARILLAS / GOOGLE / YELP / OTRO \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ # DE LICENCIA \_\_\_\_\_ NUMERO DE CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_ EMPLEO \_\_\_\_\_ TEL DE SU TRABAJO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE SU ASEGURANZA

NOMBRE DE LA ASEGURANZA \_\_\_\_\_ TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ RELACION CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_ # DE POLIZA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO SS# O #POLIZA \_\_\_\_\_ FECHA DE NACI \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### INFORMACION DEL PACIENTE

CUAL ES EL MOTIVO DE DU VISITA: EXAMEN / ANTEOJOS / LENTES DE CONTACTO / ENFERMEDAD DEL OJO / ALERGIAS DEL OJO / OTRO \_\_\_\_\_

POR FAVOR MARQUE TODOS LOS QUE APLIGUEN A USTED (SIN LENTES):

BORROSO DE LEJOS       MOLESTAN LOS DESLUMBRAMIENTOS       OJOS CANSADOS       ARDOR EN LOS OJOS

BORROSO DE CERCA       ESFUERZO CON COMPUTADORA       SENCIBLE A LA LUZ       COMEZON EN LOS OJOS

BORROSO DESPUES DE LEER       BORROSO DE NOCHE       DOLORES DE CABEZA       LLORAN LOS OJOS

USA ANTEOJOS? SI / NO. USA LENTES DE CONTACTOS? SI / NO. DE QUE TIPO? \_\_\_\_\_

ESTA INTERESADO EN CIRUGIA DE RAYOS LASER?      SI / NO

ACTIVIDADES: COMPUTADORA / LEER / COSER / TV / DEPORTES / OTRO: \_\_\_\_\_

### INFORMACION MEDICA DEL PACIENTE

<u>ENFERMEDADES DEL OJO</u>	<u>MEDICAMENTOS DEL OJO</u>	<u>CONDICIONES MEDICAS</u>	<u>MEDICAMENTOS ACTUALES</u>	<u>ALLERGIAS DE MEDICINA</u>

ESTACIONALES (Y / N)

ALGUN FAMILIAR TIENE ENFERMEDADES DE LOS OJOS? (QUE Y QUIEN) \_\_\_\_\_

ALGUN FAMILIAR TIENE UNA CONDICION MEDICA? (QUE Y QUIEN) \_\_\_\_\_

**YO EL QUE HA FIRMADO ABAJO, TENGO ASEGURANZA LA CUAL SE ENCARGARA DE CUBRIR MIS GASTOS, EN CASO DE QUE MI ASEGURANZA NO LOS CUBRIERA YO ME HAGO RESPONSIBLE DE CUALQUIER DEUDA QUE SE LE DEBA A FASHION EYES OPTOMETRY POR LOS SERVICIOS RENDIDOS. AL FIRMAR TAMBIEN ESTOY CONCIENTE QUE POR LEY SE ME PUEDE DAR UNA COPIA DE MI PRESCRIPCION SI ASI LO REQUIERO. YO AUTORIZO QUE MI INFORMACION MEDICA SEA COMPARTIDA CON MI ASEGURANZA (SI APLICA) PARA ASEGURAR EL PAGO DE MIS BENEFICIOS. POR ULTIMO, YO AUTORIZO EL USO DE ESTA FIRMA PARA LAS APLICACIONES DE MI ASEGURANZA (SI APLICA). LOS LENTES NO PUEDEN SER CANCELADOS DESPUES DE HABER SIDO ORDENADOS. SE COBRARAN \$25 POR CADA CHEQUE SIN FONDOS. CON GUSTO LE REHACEMOS SUS LENTES A BIFOCAL, DISTANCIA O DE LECTURA SI NO SE ADAPTA AL LENTE PROGRESIVO ANTES DE 45 DIAS DE LA FECHA DE COMPRA PERO NO SE LE REEMBOLSARA LA DIFERENCIA. EL LABORATORIO NO ES RESPONSABLE POR MARCOS VIEJOS O USADOS. TIENE 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE COMPRA PARA PAGAR EL TOTAL DE LA DEUDA.**

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_