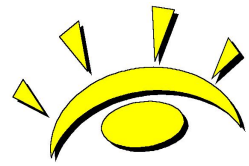

ENVISION OPTIQUE

Bienvenido a la Officina

Michael R. Obregon, OD
2726 Ponce De Leon Blvd.
Coral Gables, FL 33134
Ph: (305) 444-9600

Hora de Cita: Hora Curri ente:

INFORMACION GENERAL

Nombre: _____
APELLIDO NOMB RE

Direccion: _____
CALLE

_____
CIUDAD E STADO CODIGO POSTAL

Sexo (M/F): _____ Fecha Nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____

Empleo: _____

Ocupacion: _____

Tel. de la casa: _____

Tel. del dia: _____

Direccion Email: _____

ESTAS USANDO SEGURO?

Persona responsable por los copagos de la visita: _____

Relacion a el paciente: _____

Compania de Seguro: _____

No. Grupo: _____ No. Poliza: _____

Certifico que yo o mi dependiente tenemos seguro con la compania referida arriba. Requiero que el pago de los benificios para servicios o productos opticos, sean pagado de mi parte, a una compania de facturas por seguro o a esta oficina. Comprendo que soi responsable por cualquier cargos que no son cubiertos por mi compania de seguro.

(Firma es obligatoria para cualquier facturas de seguro.)

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMACION PERSONAL

Cual es la razon por su visita (por ejemplo, lentes de contacto, un problema especifico, espejuelos nuevos)?

_____

Como supo de nosotros? el seguro, referrido por paciente (por favor listelo para darle las gracias), otro: _____

Por favor liste qualquier typo de dano u operacion en los ojos: _____

Por favor liste cualquier condiciones medicas en el pasado o ahora: _____

Por favor liste cualquier medicamentos (incluye gotas de ojos, hormonas, anticonceptivos): _____

Usted tienes cualquier allergias? _____ Si eres del sexo feminino, estas embarazada? _____

Estas interesado en lentes de contacto? _____ Estas interesado en cirugia de laser para ojos? _____

Por favor, escriba cualquier actividades de placer: _____

INFORMACION DE LA FAMILIA

Liste cualquier problemas de ojos en parientes sanguineos. (Por ejemplo glaucoma, ojo vago, problemas con colores, cataractas): _____

Liste cualquier conditiones medicas de parientes sanguineos. (Por ejemplo diabetes, presion sanguinea alta, problema de tiroide, cancer, problemas de corazon): _____

AUTORIZACIONES

Una parte normal de su examen es la dilatacion de las pupilas. Hacemos eso para evaluar mas profundamente el fondo de sus ojos y detectar qualquier enfermedades escondidas o asymptomaticas. Los efectos secundarios pueden incluir lectura de cerca disminuida, habilidad de manejar dismunuida, y raramente, presion de los ojos subida. Los efectos pueden durar hasta cuatro horas. Por favor marque uno de los alternativos, indicando su preferencia:

- ❑ Si, me gustaria dilatar mis pupilas hoy. Comprendo los efectos secundarios posible.
- ❑ No deseo dilatar mis pupilas hoy, pero quiero hacer una cita para un dia mas conveniente.
- ❑ No deseo dilatar mis pupilas. Comprendo que el examen no sera tan completo.

Firmando aqui, reconozco el procedimiento de dilatacion y he decidido lo indicado. Tambien, reconozco que mis records serran manipulado por la administracion de la practica, por las regulationes de HIPAA, I lo autorizo.

(Firma del paciente, o guardian legal si es menor de 18 anos, es obligatoria para todas examinationes.)

Firma: _____ Fecha: _____