

PATIENT INFORMATION FORM

NAME: _____ SOBE NOME INICIAL: _____ ULTIMO NOME: _____

PRIM. INSURANCE TYPE/NUMBER: _____

DATA DE HOJE: _____

USA LENTES DE CONTACTO? Y N OCULOS? Y N

ESTA ENTERESSADA EM LENTES DE CONTACTO? Y N OCULOS NUEVOS? Y N

RAZAO PARA A VISITA DE HOJE? _____

DATA DO ULTIMO EXAME MEDICO: _____ DOUTOR: _____

MEDICAMENTOS: _____

ALERGIAS: _____

JÁ TEVE ALGUMA EXPERIENCIA DO SEGUINTE: Y N

____ PONTINHOS NEGROS ____ HAÍOS DE LUZ ____ VE O MESMO OBJECTO DUA VEZES ____ FERIU-SE NA VISTA ____ FERIU-SE NA CABECA

POR FAVOR DEIXE-NOS SABER SE JA FEZ ALGUMA OPERACAO A VISTA: _____

SOFRE DE: Y N

____ DIABETES ____ TIREOIDE ____ HIPERTENSAO ____ OUTRA _____

ESTA GRAVIDA? Y N SE SIM QUANTOS MESES? ____

TOMA ALGUMA DROGA PARA DIVERTIMENTO? Y N FUMA? Y N

NA SUA FAMILIA ALGUEM TEVE OU TEM O SEGUINTE?:

____ CATARATAS ____ GLAUCOMA ____ SEPARACAO RETINICA ____ DEGENERACAO MACULAR ____ VISTA VAGAROSA

____ OUTRA _____

EU AUTORIZO FAMILY EYE CARE/DR. KAPLAN PARA MANDAR A FACTURA PARA O MEU SEGURO MERCADO EM CIMA. EU SEI QUE ESTOU FINANÇEIRAMENTE RESPONSAVEL POR TUDO. PARA TODO O SERVICO FEITO NESTA DATA E QUALQUIER OUTRA DATA DO SERVICO QUE NAO ESTEJA COBERTO PELO MEU SEGURO.

PACIENTE/REPNOSAVEL ASSINATURA: _____ DATA: _____