

PATIENT INFORMATION FORM

PRIMER NOMBRE: _____ INICIAL : _____ APELLIDO: _____

PRIMER PLAN MEDICO: _____

FECHA DE HOY: _____

QUIEN LO REFIRIO? _____

FAVOR DE VONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

USO LENTES DE CONTACTOS? Y N ANTEOJOS? Y N

ESTA INTERESADA EN LENTES DE CONTACTOS? Y N ANTEOJOS NUEVOS? Y N

RAZON POR SU VISITA HOY: _____

FECHA ULTIMO EXAMEN MEDICO: _____ DOCTOR PRIMARIO: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

MEDICAMENTOS: _____

ALERGIAS DE MEDICAMENTOS: _____

ALGUNA VEZ HA PADECIDO DE ALGUNA DE LOS SIGUIENTES: Y N

____ PUNTOS NEGROS ____ RAYOS DE LUZ ____ DOBLE VISION ____ GOLPE DE LOS OJOS ____ GOLPE DE LA CABEZA

ANOTE CUALQUIER OPERACION DE LOS OJOS: _____

SUFRE DE: Y N

____ DIABETES ____ TIROIDES ____ PRESION ALTA ____ OTRO _____

ESTA EMBARAZADA? Y N CUANTOS MESES? ____

USA ALGUNA DROGA RECREACIONAL? Y N FUMA? Y N

AUTORIZO A FAMILI Y EYE CARE/DR. KAPLAN PARA COBRAR LO ARRIBA DOCUMENTADO. ENTIENDO QUE SOY RESPONSIBLE FINANCIERAMENTE, EN TOTALIDAD, POR TODOS LOS SERVICIOS PFRECIDOS EN ESTA FECHA Y/O CUALQUIER SERVICIOS QUE EN OTRA FECHA NO HAYAN SIDO CUBIERTOS POR MI PLAN MEDICO.

FIRMA PACIENTE/PERSONA RESPONSABLE: _____ FECHA: _____