



BenNissan Eyes

Dr. Ben-Nissan

Board Certified Optometric Physician

Paciente: Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Fecha de nacimiento: (M) _____ (D) _____ (A): _____ Edad: _____ Sexo: _____

Correo electrónico: _____

¿Cuál es la razón de su visita? _____

¿Quién lo refirió a nuestra oficina? _____

¿Utiliza espejuelos? Si No ¿Utiliza lentes de contacto? Si No

¿Alguna vez ha sido diagnosticado?

Cataratas Glaucoma Ojos Secos Ojo Perezoso Visión Doble

¿Ha tenido alguna vez cirugía del ojo? Si No

¿Si su respuesta es afirmativa. ¿Qué tipo de cirugía? _____

¿Ha tenido algún tipo de lesión en el ojo? Si No

Fecha de su último examen: _____ Por el la Dr. _____

HISTORIA MEDICA

¿Alguna vez ha sido diagnosticado?

Presión Sanguínea Alta Derrame Cerebral Artritis Enfermedades de la Tiroides

Enfermedades del Corazón Cancer Diabetes Problemas Respiratorios

HISTORIA FAMILIAR

Por favor marque sí un miembro de su familia ha tenido alguna vez:

Cataratas Glaucoma Retinal Diabetes

¿Es alérgico a algún medicamento? Si No En caso afirmativo, indique el nombre y la reacción: _____

DILATACIÓN

La dilatación de las pupilas de los ojos es una parte importante de cada examen integral de la vista. Permite que su médico detecte muchas enfermedades oculares. Aunque consideramos que es importante realizar esta prueba, si por alguna razón usted no desea hacer esto puede diferir hasta una fecha posterior.

Si, acepto la dilatación. No acepto la dilatación.

Reconozco que he sido informado de la información de Aviso de Privacidad que se publica en forma prominente en nuestra oficina. Copias de este aviso también están disponibles bajo petición en nuestra área de recepción.

Firma: _____ Fecha: _____

Sólo se aceptan los siguientes seguros: MEDICARE, HUMANA VCP, VSP, UHC SPECTERA and UHC MDCD

Recibimos los siguientes tipos de pago: CASH AMEX DISCOVER MASTER CARD VISA

NO ACEPTAMOS CHEQUES PERSONALES

“TODOS LOS SALDOS DEBEN SER PAGADOS POR COMPLETO CUANDO SE RECIBEN LOS ESPEJUELOS O LOS LENTES DE CONTACTO”