

Green Valley Optometry

Dr. Sylvia Lee

Dr. Corwyn Mosiman

Fecha _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

Seguro social # _____ Fecha de Nacimiento _____ Masculino Femenino

Numero de Teléfono # _____ Celular # _____ Correo Electrónico _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Si el paciente es menor de edad,
Quien es el responsable financiero? Nombre _____ Seguro Social # _____

Ocupación _____ Empleador _____ Teléfono de Empleo# _____

Domicilio de Empleo _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Nombre de su Esposo o' Esposa _____ Fecha De Nacimiento _____ Empleador _____

Con quien podemos comunicarnos
En caso de emergencia? Nombre _____ Numero de Teléfono _____

Como oyó de nuestra oficina?
 Todos los balances se deben pagar por completo al
 Tiempo de servicio (Incluyendo co-pagos y deducibles). Firma _____ Fecha _____

Necesidades de la vista

Por favor indique abajo las diferentes actividades en las cuales usted participa.

Actividades Diarias	Díganos de su vista y necesidades para la vista
<input type="checkbox"/> Leer /horas por día _____ <input type="checkbox"/> Uso de computadora /horas por día _____ <input type="checkbox"/> Manejar de día <input type="checkbox"/> Manejar de noche <input type="checkbox"/> Afuera en el sol /horas por día _____ <input type="checkbox"/> Trabajar afuera en áreas con polvo <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Jugar Deportes - tipos _____ <input type="checkbox"/> Pasatiempos _____	<input type="checkbox"/> Que parte de sus vista le molesta mas? Distancia Computadora Leer Todos <input type="checkbox"/> Reflejo de la computadora, luces en la noche. <input type="checkbox"/> Mis ojos se sienten muy sensible al sol y a las luces <input type="checkbox"/> Mis ojos a veces se sienten arenosos e irritados. <input type="checkbox"/> Yo estoy interesado/a en lentes de contacto o en corrección para la vista de láser como una alternativa para usar mis lentes.
Que es lo que mas le gusta de sus lentes o lentes de contacto (estilo, comodidad, duración/flexibilidad del aro, etc.)? _____	Que es lo que no le gusta de sus lentes o lentes de contacto (peso, grueso, reflejo, etc.)? _____

Solamente Para uso de oficina

Copy of insurance card taken? Primary: Medical Vision VSP MES Eyemed Spectera
 Secondary: Medical Vision VSP MES Eyemed Spectera