

¡BIENVENIDOS A FAMILY EYECARE OF BRIGHTON!

Por favor tómese unos minutos para leer y completar esta hoja de información. Si corresponde, traiga cualquier gotas para los ojos o vitaminas que este tomando a su cita.



Nombre	Genero	
Nombre Preferido	Número de teléfono de casa	Número de teléfono durante el día
Fecha de Nacimiento		
Dirección de casa	Ciudad/Estado	Código postal
Seguro de Vision	Número de Seguro Social	
¿Cómo se enteró de nuestra oficina?	Referido por quién?	
¿Fecha del último examen completo de la vista?	Realizado por quién?	

Indique el/los nombre(s) de la(s) persona(s) con quien el doctor puede hablar sobre los resultados de su examen de la vista.

¿Razón de la visita hoy?

Si	No	¿Usa anteojos actualmente?
Si	No	¿Usa lentes de contacto? Si es así, ¿qué tipo? Suave Disponibles Tóricos Permeables al gas Esclerales
Si	No	¿Ha tenido alguna herida en los ojos?
Si	No	¿Ha tenido infecciones oculares graves o recurrentes?
Si	No	¿Ha tenido algún entrenamiento, terapia o cirugía ocular?
Si	No	¿Está recibiendo tratamiento para una enfermedad ocular o otro problema?
Si	No	¿Alguna vez un doctor ha notado algo inusual acerca de sus ojos?
Si	No	¿Pasa mucho tiempo mirando una computadora?

Por favor, enumere cualquier medicamento que esté tomando.

Por favor, enumere cualquier alergia a los medicamentos.

Los cargos del examen y los copagos se deben pagar en su totalidad el día de su evaluación. Se requiere un mínimo del 50% antes de ordenar armazones y/o lentes de contacto. La mayoría de los seguros que cubren un examen rutinario no cubrirán un examen de lentes de contacto en su totalidad. El paciente está obligado a pagar la diferencia. Aunque presentamos reclamaciones al seguro como cortesía para nuestros pacientes, nuestra relación es con nuestros pacientes y no con su compañía de seguros. Si una reclamación es negada el paciente esta obligado a pagar la cantidad negada.

303.654.7933
193 S 27th Ave, Ste 400
info@feob.net
familyeyecareofbrighton.com