

Paciente Establecido Historia Médica

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dirección _____ Correo Electrónico _____

Ciudad-Código Postal _____ Nombre de Doctor Primario _____

Teléfono Móvil _____ Trabajo _____ Hogar _____

Contactos preferidos para mensajes (marcar todos los que aplican): Móvil Trabajo Hogar Texto Correo electrónico

Medicamentos que está tomando: Ninguno _____

Alergias a medicamentos: Ninguno _____

Graves lesiones, cirugías o hospitalizaciones: No Sí-Describen _____

Nuevas condiciones de los ojos o médico? No Sí-Describen: _____

Cirugías o inyecciones de los ojos? No Sí-Describen _____

Tiene usted diabetes, pre-diabético, o diabético de dieta controlada? Sí No

Usted fuma? Sí No

Para mujeres, usted está embarazada o en lactancia? Sí No

LA FIRMA SEGUROS EN ARCHIVO

Yo autorizo a Sandra Davidson, OD, Inc, para ayudarme a obtener el pago de mi seguro y solicito que el pago de estos beneficios se hagan en mi nombre a ella por los servicios y materiales suministrados. Entiendo que soy responsable de todos los servicios y materiales proporcionados, incluso si mi seguro no paga según lo esperado.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

PROVISION DE LOS RESULTADOS DE LA EXAMINACION

Yo autorizo a Drs. Davidson o Keltner para enviar un informe de mi examen a mi médico, refiriéndose médico o profesional de salud en referencia. También autorizo a Drs. Davidson o Keltner para discutir los resultados de mi examen a las siguientes personas.

Nombre	Relación
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

He recibido Sandra Davidson, OD, Inc's Política de confidencialidad del paciente.

Firma del Paciente _____ Fecha _____