

Desert Vision Optometry

David R. Esquibel, O.D.
555 S. Sunrise Way Ste. 401
Palm Springs, CA 92264

Informacion para el paciente		Fecha: _____
Nombre: _____	Apellido: _____	MI: _____
Direccion: _____	Ciudad: _____	Estado: _____ Postal: _____
Numero de Telefono: _____	Celular: _____	Trabajo: _____
Cumpleanos : _____ Correo Electronico: _____		
(Guarda informacion si el pacientes es menor 18 anos de edad)		
Nombre: _____	Apellido: _____	MI: _____
Direccion: _____	Ciudad: _____	Estado: _____ Postal: _____
Contacto de emergencia		
Nombre: _____	Apellido: _____	Numero: _____
Historia medica general (Las que apliquen circule)		
Artristis Asma Cancer Diabetes Enfermedades del carazon Colesterol Alto SIDA Alto Presion Migranas Mental Otros: _____		
Meicamentos: _____		
Alergias: _____		
Historia clinica familiar (Las que apliquen circule)		
Alto Presion Degeneracion Macular Diabetes Glaucoma Cataratas		
Por favor indique cualquier cirugia		
_____		Fecha: _____
_____		Fecha: _____
Salud de los ojos (Las que apliquen circule)		
Degeneracion Macular Glaucoma Ojo Seco Vision Borrosa Cataracts Desprendimiento de retina		
Lesiones en los ojos _____		Fecha: _____
Cirgias Oculares: _____		Fecha: _____
Información de la asignación financiera		
Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud son un acuerdo entre el seguro y mi mismo. Entiendo y acepto que todos los servicios prestados a mí y acusados son mi responsabilidad personal por pago puntual. Entiendo que si suspender o terminar mi tratamiento o atención, los servicios profesionales prestados a mí será inmediatamente debido y pagadero.		
Inicial: ____		
Reconocimiento del aviso de prácticas de privacidad (NPP)		
____ Sí, he leído o me había explicado por desierto visión Optometría el NPP y quiero continuar mi cuidado bajo dichos términos.		
____ No, no he leído el NPP pero me dieron la oportunidad de leerlo y disminuido. Me gustaría continuar la atención bajo dichos términos.		

Firma acuerdo con todos los términos : _____ Date: _____