

6850 Miramar Parkway  
Miramar, Florida 33023

Telefono: (954) 961-2200  
Fax: (954) 961-7645

**POR FAVOR ESCRIBA**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Sexo: Hombre Mujer

Nombre del Esposo (a) \_\_\_\_\_ Si es menor, Nombre de los Padres \_\_\_\_\_

Direccion : \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono ( ) \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Licencia de manejar # \_\_\_\_\_ Empleador/Escuela \_\_\_\_\_

Telefono de su trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Celular ( ) \_\_\_\_\_ Direccion Electronica \_\_\_\_\_

Medicare # \_\_\_\_\_ Tiene seguro medico? SI o NO

Tiene algun otro tipo de seguro o plan Medico # \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona asegurada \_\_\_\_\_

SS# de la persona asegurada \_\_\_\_\_ Seguro de vision \_\_\_\_\_

Requiere su trabajo alguna necesidad especial de vision ? \_\_\_\_\_ De ser asi, por favor explique:

**A quien podemos agradecer por su visita hoy?** \_\_\_\_\_

Usa usted computadora? SI o NO Cuantas Horas al Dia? \_\_\_\_\_

Nombre alguna actividad o aficion en la que participe y tenga alguna necesidad especial de vision: \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo examen: \_\_\_\_\_ Usa usted lentes de contacto? SI o NO

Razon de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Tiene algun problema en los ojos o en la vision? \_\_\_\_\_

Esta usted interesado en la correccion de vision via laser? \_\_\_\_\_

Nombre de su Doctor primario \_\_\_\_\_ Telefono ( ) \_\_\_\_\_

Yo pido que los pagos de Beneficios autorizados del Medicare u otro tipo de seguro sean hechos a nombre de Dr. David L Popper por cualquier servicio rendido a mi. Yo autorizo que informacion referente a mi persona o cualquier informacion necesaria para determinar los beneficios, sea revelada a las agencias de Seguro y a la administracion y financiamiento en las agencias de salud.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Lamentablemente, no aceptamos cheques como forma de pago.

Los copagos del examen se deben el dia de su visita.