



Dr. David L. Popper
Dr. Jaime A. Balaguer, Jr.

6850 Miramar Parkway
Miramar, Florida 33023

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

POR FAVOR ESCRIBA

Nombre del paciente _____ Fecha: _____
Apellido Nombre

Sexo: M F

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:

COMO FUE USTED REFERIDO A NUESTRO CONSULTORIO? _____

Usa usted computadora? SI o NO Cuantas Horas al Dia? _____

Nombra alguna actividad o aficion en la que tu participes y necesites alguna necesidad especial de vision: _____

Fecha del ultimo examen: _____ Usa usted lentes de contactos? 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 vison 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 information 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 _____

Existe un cargo de \$25.00 por cheques sin fondo