

**BIENVENIDOS A LA OFICINA DEL  
DR. EDMUNDO C. FIMBRES**

**INFORMACION PERSONAL**

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Encierre uno: Sr. Sra. Srta. Menor

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono(casa) \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_

Licencia de Conducir #: \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

FORMA DE PAGO : Efectivo \_\_\_ Cheque \_\_\_ Tarjeta de Crédito \_\_\_ Seguro \_\_\_

**INFORMACION DE REFERENCIA:**

Pase por la oficina \_\_\_ Televisión \_\_\_ Anuncio en el periódico \_\_\_ Cupón \_\_\_

Páginas Amarillas \_\_\_ Lista de Doctores del seguro \_\_\_

REFERRIDO POR: NOMBRE \_\_\_\_\_

Fecha de su último examen de la vista \_\_\_\_\_ Nombre del Dr. \_\_\_\_\_

Esta usando lentes de Contacto actualmente \_\_\_ Qué tipo? \_\_\_\_\_

**USTED O ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE HISTORIA DE LO SIGUIENTE?:**

Glaucoma \_\_\_ Presión alta \_\_\_ Cataratas \_\_\_ Dolores de cabeza \_\_\_ Ojos Bizcos \_\_\_

Visión doble \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Alergias \_\_\_ Ojos cansados \_\_\_

Algún otro problema \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a un medicamento \_\_\_\_\_

Medicamentos usados últimamente? \_\_\_\_\_

**Miembros de la familia viviendo en casa:**

Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de último examen
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Acepto la responsabilidad de todos los honorarios por servicios y/o productos que mi seguro no cubra. En caso que sea necesario utilizar este acuerdo para cobrar o liquidar cualquier deuda, esta oficina podrá cobrar, además de el monto de la deuda original, los cargos en que incurra la agencia colectora, los abogados, gastos de litigación y de corte.

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_