

Dr. Irwin R. Dudow  
Optometrista  
8101 Sunland Blvd.  
Sun Valley, CA 91352

## Bienvenidos a Nuestra Oficina

### Información para el Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Seg. Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono /Domicilio:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Empleo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Numero de licencia: \_\_\_\_\_ Estado Emitio: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Dirección de su Trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Estado Civil: (haga un círculo) soltero(a) casado(a) divorciado(a) viudo(a)

El Nombre de su Esposo(a): \_\_\_\_\_ Nombres y Edades de Dependientes: \_\_\_\_\_

Firme: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy día: \_\_\_\_\_

¿Como se dio cuenta de nuestra oficina? (recomendado por, alguien, paginas amarillas, tu mundo, companiade  
aseguranza)

### Información Personal

¿Tiene aseguranza de la vista? Nombre y Numero de Membresía: \_\_\_\_\_

¿Tiene aseguranza de salud? Nombre y Numero de Membresía: \_\_\_\_\_

¿Va a estar pagando en privado? Sí No ¿Nombre de la persona responsable del equilibrio de materiales y  
servicios prestados que no estén cubiertos por el seguro? Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ La Fecha: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

### Examen

Esta es su oportunidad para decimos si algo le preocupa sobre la visión de usted o su hijo(a):

¿Cual es la razón por la que ha venido hoy? \_\_\_\_\_

¿Se ha dado cuenta de algunos síntomas que usted o su hijo (a) tenga que la preocupen? \_\_\_\_\_

¿Ha estado usted o su hijo(a) restricto a alguna actividad debido a problemas visuales? \_\_\_\_\_