

MINTZ FAMILY OPTOMETRY
563 NORTH MOUNTAIN AVE UPLAND, CA 91786
909-985-2876 FAX 909-946-8585

Fecha _____

Nombre _____

Nos gustaría agradecerle por volver a vernos. Nos gustaría actualizar nuestros registros.

He confirmado mi dirección actual y número de teléfono de casa con la recepcionista.

Mi número de teléfono celular es _____.

Mi correo electrónico es _____.

Vengo a verte hoy por mi principal preocupación de _____.

El médico debe estar al tanto de cualquier cambio en su salud en el último año. Indique a continuación. _____

Ahora estoy bajo estos nuevos medicamentos: _____

Estoy familiarizado con las imágenes de la retina que me ofrecieron por una tarifa de \$20 y me doy cuenta de que es muy recomendable para pacientes con presión arterial alta y diabetes, ya que detecta enfermedades oculares con aumento y, por lo tanto, un diagnóstico puede ser más rápido que a través del examen ocular típico. Me gustaría hacer esto (sí) . _____ Me gustaría pasar esta prueba en este momento (no) . _____

Reconozco que estoy autorizando a Mintz Family Optometry a divulgar información para determinar los beneficios y presentar un reclamo de seguro. También me doy cuenta de que seré responsable de cualquier parte no cubierta por mi compañía de seguros.

Firma _____

Le agradecemos ya que esto es requerido por los auditores de seguros.

Lethuy Nguyen, D.O. y asociados