

歡迎選擇 CALIFORNIA VISION AND VISAGE				今日日期	
為了可以更好的為您服務，請工整填寫以下信息。所有信息將嚴格保密。					
病人信息					
姓		名		中間名 又名	
社安號		性別		生日 / /	
地址					
日間電話 ()		手機 ()		語言	
Email					
緊急狀況聯繫人					
姓		名		中間名 關係	
地址				家裏電話 () 公司電話 ()	
藥房					
名				電話 ()	
OR / CONCOURSE RX PHARMACY				傳真 ()	
地址				傳真 ()	
醫療福利授權：我於此授權 California Vision And Visage 醫療集團醫師向保險公司提供資料。我於此同意使用我的醫療福利支付 California Vision And Visage 醫療集團為我提供的所有服務費用。我已讀過醫護服務同意書，並且了解及接受同意書的內容：我於此同意 現在和未來接受 California Vision And Visage 醫師的治療。					
X _____ 病人/受保者簽名 _____ 日期					
INFORMATION REGARDING DILATING EYE DROPS 如有需要完整眼睛眼底檢查，醫師會建議擴大瞳孔（散瞳）。散瞳後大約兩三個小時內因人而異會有某種程度對光線感到刺激或視力模糊（尤其對近距離）。戴太陽眼鏡可以減輕光線刺眼。如果您不知道散瞳會對您視力有多大的影響，我們建議讓別人開車送您回家，或等視力恢復後再開車。 我同意醫生如有需要，為我散瞳，做完整的眼睛眼底檢查。 X _____ 病人/受保者簽名 _____ 日期					