

BIENVENIDO A CALIFORNIA VISION AND VISAGE						FECHA	
Para poder servirle adecuadamente necesitaremos la siguiente informacion. Toda la informacion sera completamente confidencial.							
INFORMACION DEL PACIENTE							
Apellido Legal		Primer nombre		MI	Tambien conocido como		
Numero de Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento		Estado Civil		Numero de Liciencia	
		/ /		S C V D			
Domicilio Residencial		Apt	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Pais	
Telefono de Dia ()	Telefono de Noche ()		Celular ()		Pager ()		
Idioma Preferida	Raza					Email	
Medico que Refiere	Domicilio de Doctor que Refiere			Ciudad	Estado	Codigo Postal	
PERSONA DE CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA							
Apellido		Primer Nombre		MI	Relacion		
Domicilio Residencial	Apt	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Telefono de Casa ()	Telefono de Negocio ()	
INFORMACION DE FARMACIA							
Nombre						Telefono	
Direccion			Ciudad	Estado	Codigo Postal	Fax ()	
Asignación de Beneficios: Por la presente autorizo a los médicos de California Visión y Visage a proporcionar información a las compañías de seguros. Por la presente, de manera irrevocable asigno a los médicos de California Visión y Visage todos los pagos por los servicios prestados y todos los beneficios médicos. He leído y comprendido los consentimientos / Acuerdos: Por la presente autorizo a mi consentimiento para ser tratada ahora como en el futuro por los médicos de California Visión y Visage.							
_____ Paciente/Garante Firma y Relacion				_____ Fecha			
INFORMACION RELACIONADO CON GOTAS DE DILATACION							
Gotas de dilatación se utilizan para dilatar o agrandar las pupilas de los ojos para que el oftalmólogo obtenga una mejor visión del interior del ojo. Gotas para dilatar frecuentemente borran la visión para un período de tiempo que varía de persona a persona y puede hacer que las luces brillantes molesten. No es posible que su oftalmólogo pueda predecir cuánto se verá afectada su visión. Debido a que la conducción puede ser difícil inmediatamente después de un examen, es mejor si usted hace arreglos de no conducir usted mismo.							
Reacción adversa, tales como la glaucoma agudo de ángulo cerrado, puede ser provocado por las gotas de dilatación. Esto es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata.							
Por el presente autorizo al Dr. Adam Hsu, el Dra. Bonnie Woo y / o los ayudantes que puedan ser designados por él o ella para administrar las gotas de dilatación. Las gotas para los ojos son necesarios para diagnosticar mi condicion.							
_____ Paciente(o persona autorizada de firmar por el/ella)				_____ Fecha			
_____ Tetigo				_____ Fecha			