

# Carrboro Family Vision

Matthew Vizithum, OD

Jason Chow, OD

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

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código de área: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Casa): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Trabajo): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número del seguro social: \_\_\_\_\_

¿Para quién trabaja?: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Usa usted lentes de contacto?    Sí    /    No    ¿Está interesado?    Sí    /    No

¿Quién lo refirió con nosotros?

\_\_\_\_\_

¿Quién es responsable de pagar esta cuenta?

\_\_\_\_\_

¿Cómo prefiere pagar?    Efectivo    /    Cheque    /    Crédito

¿Tiene seguro?    Sí    /    No    ¿Cuál compañía?: \_\_\_\_\_

¿Quién es la persona asegurada?    Soy yo    /    Mi esposo(a)    /    Mis padres