

# Friedman Optometry

2150 N. Waterman Ave. #201  
San Bernardino, CA 92404  
909-881-2020

7890 Haven Ave. Suite 17  
Rancho Cucamonga, CA 91730  
909-987-3330

**ARTHUR FRIEDMAN, O.D.**  
**BRANDON FRIEDMAN, O.D.**  
**MICHAEL HUANG, O.D.**  
**ANGEL BARAJAS, O.D.**

Srta.

Sra.

Sr. \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_

APELLIDO , PRIMER NOMBRE

\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

DIRECCION

\_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

\_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA

\_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO

\_\_\_\_\_

TELEFONO MOVIL

ESTADO MATRIMONIAL:  SOLTERO/A  CASADO/A

LANGUAGE PREFERRIDO:  ESPANOL  INGLES OTRO: \_\_\_\_\_

CONTACTO PREFERRIDO:  CELLULAR  TEL DE CASA  CORREO ELECTRONICO  TXT  CATRA

PRIMER VES AQUI?  SI  NO

COMO ESCUCHO DE NOSOTROS?

FAMILIAR/AMIGO  REFERENCIA DE DOCTOR  GOOGLE  YELP  ASEGURANSA  OTRO: \_\_\_\_\_

**\*\* POR FAVOR DE PONER EN VIBRACION SU CELLULAR \*\***

**POLICA DE PAGO**

TODOS LOS SERVICIOS DEBEN DE SER PAGADO EN COMPLETO EN TIEMPO DE EXAMEN. EL DEPOSITO MINIMO ES REQUERIDO CUANDO ORDENANDO LOS MATERIALES. LOS MATERIALES DEBEN DE SER PAGADO EN COMPLETE CUANDO SEAN DADOS A USTED.

**PARA OFFICINA:**

Today's Appointment Type: \_\_\_\_\_

CVE \_\_\_\_\_  CVE/DRE \_\_\_\_\_  DRE \_\_\_\_\_  IMAGING/PACHY \_\_\_\_\_  G/OCTNERVE \_\_\_\_\_

R9/OCTNERVE \_\_\_\_\_  IMAGING \_\_\_\_\_  OCTNERVE \_\_\_\_\_  OCTMACULA \_\_\_\_\_  OCTANT \_\_\_\_\_

TOPOGRAPHY \_\_\_\_\_  MFIELD \_\_\_\_\_  GFIELD \_\_\_\_\_  R9 \_\_\_\_\_  R8 \_\_\_\_\_  CLEVAL \_\_\_\_\_

CLFU \_\_\_\_\_  CLTRAIN \_\_\_\_\_  GONIO \_\_\_\_\_  FU \_\_\_\_\_  ANTSEGIMAGE \_\_\_\_\_  OTHER \_\_\_\_\_

SVDIST  SVNEAR  PAL \_\_\_\_\_  FT28  VDT/NEAR  VDT  A/R  TRANS  BLUE  POLY  HI  PRISM

CL \_\_\_\_\_