

INFORMACION DE PACIENTE

Fecha _____
 Apellido _____ Primer Nombre _____ Iniciales _____
 Soltero/a Casado/a Separado/a Viudo/a Divorciado/a Sexo: M F
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ # de Seguro Social _____ - _____ - _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 # de Teléfono _____ # de Teléfono Celular _____
 Correo Electronico _____@_____.com

INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE

Todos los pacientes POR FAVOR llene toda la información

Apellido _____ Primer Nombre _____ Iniciales _____
 Dirección _____ Ciudad _____
 Estado _____ Código Postal _____
 Trabaja? Si No Jubilado Si No Empleador _____
 Posición _____ Teléfono de Empleo _____

ESPOSO/A

Apellido _____ Primer Nombre _____ Iniciales _____
 Seguro Social _____ - _____ - _____
 Trabaja? Si No Jubilado Si No Empleador _____
 Posición _____ Teléfono de Empleo _____

Contacto de Emergencia, Por favor de el nombre de la persona que deberiamos contactar en caso de emergencia.

Nombre _____ # de Teléfono _____ Relación _____

Medico Primario (Medico para llamar en caso de emergencia)

Fecha de su ultimo examen medico o visita con su doctor primario _____

¿Cómo te enteraste de nuestra oficina?

Medico Amistades Directorio Telefónico Periódico Otro

INFORMACION DE ASEGURANZA

Aseguranza Primario _____ #ID _____ Grupo _____

Nombre de Persona Suscrito/a _____ Nacido/a _____ Relación _____

Aseguranza Secundaria _____ #ID _____ Grupo _____

Nombre de Persona Suscrito/a _____ Nacido/a _____ Relación _____

Yo, el/la firmante certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de aseguranza y asigno directamente a Richens Eye Center, todos los beneficios de la aseguranza, si existe, en vez de reembolsarme a mi por servicios proporcionados. Yo autorizo al doctor a dar toda información necesaria para garantizar el pago de beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todos los reclamos para la aseguranza.

Firma _____ **Fecha** _____

Yo reconozco que me han ofrecido una copia de la notificación de practicas de privacidad. Inicial _____ **Fecha** _____

Yo estoy de acuerdo en pagar todo el deducible de servicios que sean cubiertos por la aseguranza y los que no estén cubiertos. Si se mantiene un balance después de 30 días, yo pagare interés anual de 18%(1.5% por mes) a partir de la fecha que se actualizaron los cargos. (Habrá un cobro de \$28.00 por cada cheque que se nos devuelva.) Yo entiendo que cualquier cuenta que este delincente serán entregadas a una agencia de colección. Si esta cuenta sea asignada a una agencia externa de colección, Yo estoy de acuerdo en pagar todos cobros de un abogado, cobros de corte y una tarifa de 40% a la agencia de colección, lo cual se añadirá al saldo debido a mi cuenta que tiene balance, con o sin demanda.

POR FAVOR ANOTE: Refracción(un componente necesario de un examen completo de los ojos)No esta cubierto por Medicare y muchas de las aseguranzas tradicionales. Ay una cobro de \$35.00 para refracciones que resultan en una receta de lentes/contactos.

Iniciales

Firma _____ **Fecha** _____

Nombre(Molde) _____ **Relación al Paciente** _____

NOMBRE _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Fecha _____

Fecha de ultimo exam ocular ____/____/____ DR.: _____

MEDICO PRIMARIO: _____ FARMACIA: _____

En que le podemos ayudar hoy?(Razón por su visita): _____

Usa lentes? Si No Usa Contactos? Si No Maneja? Si No Maneja de noche? Si No

Tiene comezón o ardor en los ojos? Si No Tiene comezón, de 1-10 _____ Tiene ardor, de 1-10 _____

Liste todas sus alergias a medicamentos: NINGUNO o: _____

Todas sus otras alergias aquí(polen, mascotas, comida): NINGUNO o: _____

Fuma? Si No # de paquetes por día ____ # de años ____ Dejo de fumar? Si No Cuando? _____

Fuma Marihuana Si No Tiene receta? Si No Pasado/Corriente? Si es corriente, frecuencia _____

Alguna vez a usado: Flomax, Uroxatrol, Hytrin, Cardura, Proscar, O Serenoa? (Por favor Circule una o varias.)

Vacunas de Adulto? Influenza Si No Año: _____; Pnemonvax Si No; Zostavax(Culebrilla) Si No;

Vacuna de refuerzo para la Tos Ferina Si No Año: _____

***Por Favor de mira la pagina de atrás para anotar todos sus medicamentos y cirugías previas. 

Por Favor elija cualquiera que califique

Usted
Madre
Padre
Hermano/a

Usted
Madre
Padre
Hermano/a

Ambliopía				
Cataratas				
Cirugía de Cataratas?(Año _____) Cual Ojo?				
Retinopatía Diabética				
Ojos Secos				
Flotadores en los ojos				
Glaucoma				
Herpes Simple en los ojos				
Culebrilla(shingles) Ojos/Cara				
Queratocono				
Degeneración Macular				
Degeneracion Retiniana				
Desprendimiento de Retina				
Uveítis				
Perdida Auditiva				
Alergias				
Artritis (OST/otro)				
Artritis Reumatoide				
Osteoporosis				
Lupus				
Asma				
EPOC/Enfisema				

Alta Presión				
Alto Colesterol				
Enfermedades Cardíacas				
Reparación de Válvulas				
Arritmia Cardíaca				
Marcapasos				
Depresión				
Esclerosis Múltiple				
Trastorno Convulsivo				
Derrame Cerebral				
Culebrilla (donde: _____)				
Tumor Maligno del ojo				
Tumor Maligno del cerebro				
Melanoma				
Cáncer (tipo: _____)				
Diabetes Mellutis				
Pre-Diabetes				
Tiroides				
Enfermedad Renal				
Alcoholismo				
Adición a Drogas				
Hepatitis (A/B/C)				
Anemia Drepanocítica				

OTRO LADO



***Yo e revisado el documento para actualizar: No hay cambios Cambios anotados

Fecha: ____/____/____ Firma: _____

**POR FAVOR ANOTE TODA MEDICINA QUE USTED ESTE TOMANDO, INCLUYENDO:
GOTAS, MEDICAMENTO ORAL, HIERBAS DE SUPLEMENTO, VITAMINAS**

Nombre _____

No uso medicamento con receta de DR.

No uso suplementos

MultiVitaminas? No Si Marca: _____

Suplemento de Omega 3? No Si Marca: _____

Medicamento/Suplemento	Dosis	Frecuencia	Rutina	Diagnosis/Enfermedad	Dr. que Receto

Cirugías previas	Der/lzq/Dos	Año	Cirujano/DR	Cuidad (donde)

Hospitalización recientes	Año	Doctor	Diagnostico

Yo e revisado el documento para actualizar: No hay cambios Cambios anotados

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma: _____