

Nombre: _____ Direccion de Email: _____

SALUD DE LOS OJOS

Date of last eye exam: _____ By Dr.: _____

Usa Lentes? Si No Usa lentes de contacto? Si No Tipo: _____

Maneja? Si No Maneja pro la noche? Si No

¿Por qué lo estamos viendo hoy en día? ¿Te ayudamos? : _____

¿Le interesa la cirugía refractiva? iLasik and/or ICL (lentes de contacto implantables)? Si No

MEDICAMENTOS

Lista los medicamentos que actualmente está tomando, incluyendo las gotas oftálmicas: NINGUNA

Lista su alergia a medicamentos u otras sustancias: NINGUNA

Has tomado alguna vez Flomax, Uroxatrol, Hytrin, Cardura, Proscar or Saw Palmetto? Si No

Cual farmacia usa para su medicamentos: _____

HISTORIA DE SALUD

MEDICO PRIMARIA: _____

Lista todas las cirugías previas, incluyendo cirugía ocular: NINGUNA

Fuma? Si _____ paquetes /día, cuántos años _____ No

Has fumado? Si _____ paquetes /día, cuántos años _____ No

¿Si renuncias, Cuando dejaste? _____

Active la casilla de "Sí" o "No" Si usted ha tenido alguna de las siguientes. También coloque una marca para indicar si un pariente ha tenido cualquiera de los siguientes problemas.

	<u>Paciente</u>	<u>Familia</u>		<u>Paciente</u>	<u>Familia</u>
Catarata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cancer (tipo _____)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<i>Dependencia de sustancias químicas</i>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes (tipo _____)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Usa alcohol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Retinopatía diabética	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Degeneración macular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alta presión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Vision Doble	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Estrabismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Coronaria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ambliopía (ojo flojo)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Insuficiencia congestiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ojos secos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Stent / eparación válvula	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Moscas volantes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alergias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lupus	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis(rheum/other)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Migrañas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tejas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Condiciones de la tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hepatitis(type A/B/C)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Emfesea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Esta embarazada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Problemas de la próstata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			



INFORMACION DE PACIENTE

FECHA _____

Apellido _____ Nombre _____ Iniciales _____

Solo Casado Separado Viudo Divorciado Sexo: H M

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Numero de Seguridad Social _____ - _____ - _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Telefono _____ Telefono celular _____

INFORMACIÓN PARTIDO RESPONSABLE

Todo los pacientes por favor llena todo

Apellido _____ Nombre _____ Iniciales _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Numero de Seguridad Social _____ - _____ - _____ Trabaja? S N Jubilado S N

Empleador _____ Posición _____ Telefono _____

ESPOSO: Apellido _____ Nombre _____ Iniciales _____

Numero de Seguridad Social _____ - _____ - _____ Trabaja? S N Jubilado S N

Empeador _____ Posición _____ Telefono _____

Contacto de emergencia, por favor dar el nombre de la persona que deberíamos contactar en caso de emergencia: Nombre _____ Telefono _____ Relacion _____

Médico Primario (Médico para llamar en caso de emergencia): _____

Fecha del último examen físico o visita al consultorio: _____ ¿Cómo se enteró acerca de nosotros?

Medico Amigo Directorio telefónico periódico

Other _____

INSURANCE INFORMATION

Seguridad Primario: _____ ID # _____ Group _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion: _____

Seguridad Secundario: _____ ID # _____ Group _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion: _____

El abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tiene cobertura de seguro y asigna directamente a Centro Oftalmológico Richens todos los beneficios del seguro, si alguna, lo contrario a pagar a mí por los servicios prestados. Yo por la presente autorizo al doctor a liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todos los envíos seguros.

Firma _____ Fecha _____

Reconozco que me han ofrecido una copia de la notificación de prácticas de privacidad. ___ Inicial Fecha ___ estoy de acuerdo en pagar todos deducible, coaseguro y servicios no cubiertos. Si se mantiene un equilibrio después de 30 días, pagaré intereses a la tasa anual del 18% (1.5% por mes) a partir de la fecha se realizaron los cargos. (Habrá una tarifa de \$28,00 por cheques devueltos todos.) Entiendo que cuentas morosas son entregadas a una agencia de cobranza. Si esta cuenta es asignada a una agencia externa para la colección, Estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios de abogados, costos de corte y una cuota de agencia de colección de 40%, lo cual se añadirá el saldo de mi cuenta con o sin traje.

Por favor NOTE: Refracción (un componente necesario de un examen completo de los ojos) es no cubierto servicio de Medicare y seguros más tradicionales. Hay un cargo de \$35,00 para refracciones que resultan en una prescripción de gafas/contacto. Inicial _____

Firma _____ Fecha _____

Escriba Nombre Por Favor _____ Relacion _____

Fecha _____