

EYES OF THE SOUTHWEST-----información del Paciente Nuevo

INFORMACION PERSONAL (Letra de molde por favor)

Nombre _____ Fecha _____

Fecha De Nacimiento ____ / ____ / ____ Edad _____ Hombre/Mujer _____

Dirección Postal _____

Calle/ PO Box

Cuidad

Estado

Código Postal

Dirección De Correo electrónico _____ @ _____

Numero de Teléfono-Hogar _____ Celular _____ Trabajo _____

Ocupación _____ Empleador _____

Dirección de Trabajo _____ Teléfono. _____

Estado Marital--Soltero/a _____ Casado/a _____ Vuido/a _____ Divorciado/a _____

Esposo/a _____ Empleador _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ _ / ____ Dirección _____

Doctor Principal _____ Numero de Teléfono, _____

Pharmacia _____ Número de Teléfono _____

Quien lo Refirió _____

CONTACTO DE EMERGENCIA ¿A quién se le notifica en caso de emergencia? (Familiar o Amistad))

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Números de Teléfono-Hogar _____ Celular _____ Trabajo. _____

COMPLETE ESTA SECCION SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 ANOS DE EDAD O ESTUDIANTE

Nombre de Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador _____ Dirección _____

Número de Teléfono—Hogar _____ Celular _____ Trabajo _____

Nombre de Madre: _____ Pecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Empleador _____ Dirección _____

Número de Teléfono—Hogar _____ Celular _____ Trabajo _____

Autorización para divulgar información confidencial: Al firmar abajo, autorizo a Eyes of The Southwest a divulgar información y registros con respecto a mi condición médica y tratamientos médicos y quirúrgicos a mis otros proveedores de atención médica y a mis aseguradoras.

Consentimiento de fotografía: Como parte de mis exámenes de hoy y en el futuro, entiendo que puedo ser fotografiado para los expedientes médicos, diagnósticos y verificación de seguro. Al firmar abajo, le doy permiso a Eyes of The Southwest para tomar fotografías para los expedientes mencionados anteriormente hoy y en visitas futuras.

Información sobre las gotas para dilatar los ojos: Las gotas para dilatar se usan para agrandar las pupilas del ojo y permitir que su médico pueda ver mejor el interior de su ojo. Las gotas dilatadoras frecuentemente confunden la visión durante un periodo de tiempo que varía de persona a persona y puede hacer que las luces brillantes sean molestas. No es posible predecir cuanto afectara su visión. Debido a que la conducción puede ser difícil después, le recomendamos que no conduzca durante las 24 horas posteriores a su examen de hoy. También debe tener cuidado al caminar, ya que puede ser mas difícil ver o juzgar los peligros potenciales. Las reacciones dilatorias pueden desencadenar reacciones adversas, come el glaucoma agudo de ángulo cerrado. Esto es extremadamente raro y generalmente se puede tratar con atención medica inmediata. Al firmar abajo, autorizo a las médicos y / o asistentes a administrar gotas para dilatar los ojos. Las galas para los ojos pueden ser necesarias para diagnosticar mi condición.

Aviso sobre los cobros de refracción: La mayoría de los seguros médico, incluido Medicare, NO cubren las refracciones de rutina. Si desea una receta para anteojos, nuestra cobra para la refracción es \$40.00 y esta cobra se cobra en el momento de! servicio, además de cualquier copago que su plan pueda requerir. Si su cita es únicamente para obtener una receta para anteojos, nuestra cobra de oficina es de \$60.00. Si tiene un plan de visión, es su responsabilidad informarnos antes de su visita. Nos reservamos el derecho de determinar si facturamos su visión o seguro médico. Al firmar abajo, reconozco que soy responsable de los cargos relacionados con la refracción.

Póliza de cancelación: Entiendo y acepto que avisare con 24 horas de anticipación si no puedo hacer una cita programada. Se cobrará un cargo de \$50.00 a mi cuenta por las citas perdidas o rotas sin aviso de 24 horas. Al firmar abajo, reconozco que he leído y entiendo la póliza de cancelación. Entiendo que, si llego a la hará programada de mi cita y/o no lo suficientemente temprano para completar los formularios según las instrucciones, es posible que me cancelen o reprogramen si el llenado de los formularios excede el tiempo de mi cita en 15 minutos.

Asignación financiera y acuerdo: Recuerde que el seguro se considera un método para reembolsar al paciente los honorarios pagados al médico y no es un sustituto del page. Algunas compañías pagan asignaciones fijas para ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar cualquier deducible, coseguro o cualquier otra balanza no pagada por su seguro. Para controlar el costo de las facturas, solicitamos que sus cargos por visitas al consultorio y procedimientos se paguen al final de cada visita, a menos que este cubierto par Medicare, en cual caso usted sería responsable de su deducible o coseguro. Se cobrará un cargo de \$50.00 per-cheques con fondo insuficientes.

Al firmar abajo, solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare y / o de! seguro se realice en mi nombre por cualquier servicio que me proporcione. Autorizo a cualquier titular de información medica sobre mi a divulgar al Centro de Servicios de Medicare y Medicaid, a sus agentes o a cualquier compañía de seguros que pueda tener, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

Este acuerdo permanecerá en efecto hasta que yo lo revoque por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse valida coma original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados par dicho seguro. Par la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago.

Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Eyes of the Southwest.

Firmado _____ Fecha _____
Firma Del paciente Guardián Legal

Nombre del Paciente: _____

¿Tiene traductor?: Sí o No

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Si es nuevo paciente, ¿cuándo fue su último examen completo de la vista? _____

¿Usa lentes recetados? Sí o No

¿Usa lentes de contacto? Sí o No

¿Usa lentes de lectura sin receta? Sí o No

[] Soy nuevo/a en el uso de lentes de contacto

¿Le gustaría una nueva receta hoy? Sí o No

¿Rígidos (RGP) o suaves?

[] Diarios [] Quincenales [] Mensuales [] Anuales

¿Qué marca? _____

¿Está aquí para actualizarlos hoy? Sí o No

¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones oculares?

[] Cataratas [] Glaucoma [] Degeneración Macular [] Retinopatía Diabética [] Queratocono [] Ojo perezoso

[] Ojo seco [] Infección/Inflamación ocular [] Uso excesivo de lentes de contacto [] Condición de la retina

[] Trauma/lesión ocular [] Otro _____

¿Tiene alguna de las siguientes molestias visuales?

[] Visión borrosa [] Visión doble [] Visión distorsionada [] Dolores de cabeza frontales [] Fatiga visual

[] Sensibilidad a la luz [] Deslumbramiento [] Visión fluctuante [] Dolor ocular [] Enrojecimiento [] Irritación

[] Destellos y/o manchas flotantes [] Dificultad para leer letras pequeñas [] Dificultad para ver la television

[] Dificultad para ver al manejar de noche

¿Está usando gotas para el glaucoma?

Por favor liste: _____

¿Tiene ojos secos? Sí o No

Si respondió sí, ¿qué gotas, medicamentos o tratamientos ha utilizado?

[] Lágrimas artificiales [] Lágrimas artificiales sin conservantes [] Tapones lagrimales [] Xiidra [] Restasis [] Meibo

[] Blephex [] TearCare [] Expresión de glándulas [] IPL [] Prokera [] Otro _____

¿Ha tenido cirugías relacionadas con los ojos? Sí o No

Si respondió sí, liste: _____

¿Actualmente está siendo tratado por alguna condición de salud? Sí o No

Si respondió sí, liste: _____

¿Consulta con alguno de los siguientes especialistas?

[] Cardiólogo (corazón) [] Neumólogo (pulmones) [] ORL (oídos, nariz y garganta) [] Oncólogo (cáncer)

[] Gastroenterólogo (digestivo) [] Neurólogo (cerebro) [] Urólogo (urinario/reproductivo)

[] Endocrinólogo (hormonas) [] Nefrólogo (riñón)

Si respondió sí, ¿para qué condición? _____

¿Ha tenido cirugías no relacionadas con los ojos? Sí o No

Si respondió sí, liste: _____

¿Está tomando medicamentos con receta o sin receta? Sí o No

Por favor liste: _____

¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

- Aspirina Penicilina Codeína Sulfa Látex Acrílico Metal Cinta/adhesivo
 Otro: _____ No tengo alergias conocidas

¿Ha tenido problemas con la anestesia? Sí o No

Si respondió sí, explique: _____

Marque cualquier enfermedad que exista en su familia (solo familiares de sangre) y relación:

- Cataratas Glaucoma Degeneración Macular Diabetes Queratocono Desprendimiento de retina
 Hipertensión Enfermedad del corazón Enfermedad renal Otro: _____ Relación: _____

¿Fuma tabaco? Sí o No

Si sí, ¿cuánto?: _____

¿Consume alcohol? Sí o No

Si sí, ¿cuánto?: _____

¿Usa drogas recreativas? Sí o No

Si sí, ¿cuánto?: _____

Revisión de Sistemas:

Por favor, marque cualquier condición que tenga:

Constitucional

- Discapacidades
 Cancer Tipo: _____
 Pérdida de peso involuntaria
 Embarazo

ONT

- Perdida de audicion
 Sinusitis
 Boca Seca
 Laringitis

Neurológica

- Esclerosis múltiple
 Epilepsia
 Parálisis Cerebral
 Tumor
 Ataque/Derrame cerebral
 Migrania

Psicológico

- Depresión
 Déficit de atención
 Trastorno de Ansiedad
 Trastorno Bipolar

Cardiovascular

- Hipertensión
 Ataque/Derrame cerebral
 Enfermedad Cardiaca
 Enfermedad de Vasallar
 Insuficiencia cardiaca congestiva
 Soplo Cardiaco
 Arritmia
 Marcapasos

Respiratorio

- Asthma
 Bronchitis
 Enfisema
 Obstrucción crónica
 Apnea del suen

Genitourinario

- Nefropatía
 Enfermedad de la próstata/cáncer

Gastrointestinal

- Crohn's
 Colitis
 Ulcera
 Reflujo Acido
 Enfermedad Celiaca

Musculoskeletal

- Artritis
 Osteoartritis
 Fibromialgia
 Distrofia Muscular
 Espondilitis Anquilosante
 Osteoporosis
 Gusto

Dermatológico

- Eczema
 Rosácea
 Psoriasis
 Herpes Simplex/Herpes Labial
 Herpes Zoster/Shingles

Endocrine

- Diabetes Mellitus tipo 1
 Diabetes Mellitus tipo 2
 Disfuncion Tiroidea
 Disfunción Hormonal

Hematológico/linfático

- Anemia
 Gran volumen de pérdida de sangre
 Ulcera
 Colesterol Alto

Alergias/inmune

- Alergias Ambientales
 Artritis Reumatoide
 Lupus
 Síndrome de Sjogren

Por la presente autorizo a los médicos y al personal de Eyes of The Southwest, P.C. para divulgar mi
archive/ registro médico y / o muestras de medicamentos o información de citas a la(s) siguiente (s)
persona (s) si por alguna razón no puedo hacerlo personalmente:

(Ejemplo: miembro de la familia, amigo, etc.)

Nombre. _____ Relación _____

Nombre. _____ Relación _____

Nombre. _____ Relación _____

Firmado _____

Pirma del paciente Guardian Legal

(Nombre impreso)

Fecha de Nacimiento

Fecha

VER EL OTRO LADO →