

## ADMISIÓN DE PACIENTE E HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE LEGAL DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA:

COPAGO MÍNIMO POR SU EXAMEN EL DÍA DE HOY PUEDE SER: RUTINARIO \$ \_\_\_\_\_ MÉDICO \$ \_\_\_\_\_ AJUSTE DE CONTACTO \$ \_\_\_\_\_  
CARGOS FINALES SERÁN DETERMINADOS UNA VEZ QUE SE HAYA COMPLETADO SU EXAMEN (SI APLICA)

PORFAVOR MARQUE SU MÉTODO DE PAGO: EFECTIVO: \_\_\_\_\_ CHEQUE: \_\_\_\_\_ DÉBITO/CRÉDITO: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE PREFERIDO:

GÉNERO:

TELÉFONO DE CASA:

DIRECCIÓN:

CELULAR:

EMAIL:

EMPLEADOR:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:  
SI INS. LO REQUIERE

OCUPACIÓN:

### ENTIDAD RESPONSABLE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

PADRE O TUTOR NOMBRE COMPLETO:

RELACIÓN AL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO PRIMARIO:

DIRECCIÓN:

EMAIL:

### SEGURO DE VISIÓN

### SEGURO MÉDICO

COMPAÑÍA DE SEGURO:

COMPAÑÍA DE SEGURO:

NÚMERO DE PÓLIZA:

NÚMERO DE PÓLIZA:

NÚMERO DE GRUPO:

NÚMERO DE GRUPO:

SEGURO SECUNDARIO (SI APLICA):

SEGURO SECUNDARIO (SI APLICA):

### INFORMACIÓN DEL TITULAR DE PÓLIZA (SI ES DIFERENTE AL PACIENTE)

NOMBRE  
(COMO SE MUESTRA EN LA TARJETA):

DIRECCIÓN:

SSN (SI LO REQUIERE EL INS.):

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO PRIMARIO:

### INFORMACIÓN DE CUIDADO PRIMARIO

NOMBRE DEL DOCTOR:

TELÉFONO:

LLENANDO ESTA CAJA AUTORIZO COMPARTIR MI REGISTRO O DIAGNÓSTICO CON MI DOCTOR.

### INFORMACIÓN DE CUIDADO PRIMARIO

NOMBRE DE FARMACIA:

CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL:

### DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

AUTORIZO SER CONTACTADO POR MI PROVEEDOR DE CUIDADO VISUAL EN CUALQUIER NÚMERO O DIRECCIÓN QUE HAYA PROVISTO EN ESTE FORMULARIO O EN UN ENCUENTRO ANTERIOR CON EL MOTIVO DE ACTUALIZAR MI CUENTA O RECOLECTAR CUALQUIER MONTO EN DEUDA. ENTIENDO QUE MIS COPAGOS RELACIONADOS A UN EXAMEN DE VISTA Y CUALQUIER OTRO AJUSTE OPCIONAL DE LENTES DE CONTACTO DEBE SER PAGADO EL DÍA DE HOY, Y QUE LENTES O LENTES DE CONTACTO PUEDAN NO SER DISPENSADOS HASTA QUE DICHO MONTO SEA CUBIERTO. TAMBIÉN ENTIENDO QUE LOS PAGOS POR SERVICIOS NO SON REEMBOLSABLES NI NEGOCIABLES, Y QUE CUALQUIER PREESCRIPCIÓN DE LENTES DE CONTACTO REALIZADAS SON VÁLIDAS POR UN AÑO DE ACUERDO A LA LEY FEDERAL. ESTOY DE ACUERDO A PAGAR CUALQUIER COSTO DE RECOLECCIÓN RELACIONADOS A LA RECOLECCIÓN ALGÚN MONTO EN DEUDA DEBIDO A UNA FALTA DE PAGO. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR EL COSTO DE TODOS LOS MONTOS NO CUBIERTOS, ASÍ COMO SE ESPECIFICA EN DETALLE EN MI RECIBO, EL CUAL INCLUYE: FECHA ESPECÍFICA DEL SERVICIO, DESCRIPCIÓN DE CADA PROCESO/SERVICIO, Y EL MONTO DEL CUAL YO SOY RESPONSABLE. YO CERTIFICO QUE HE SIDO INFORMADO DE TODOS LOS SERVICIOS Y SU COSTO. YO AUTORIZO QUE MI PROVEEDOR DE CUIDADO VISUAL PUEDA REPORTAR MI INFORMACIÓN AL SEGURO MÉDICO, SI SON UN PROVEEDOR PARTICIPANTE EN MI PLAN. SIN EMBARGO, NO GARANTIZAN PODER OBTENER INFORMACIÓN SOBRE MIS BENEFICIOS Y/O COBERTURA, Y SI MI SEGURO NIEGA EL PAGO POR CUALQUIER SERVICIO REPORTADO, YO SERÉ EL ÚNICO RESPONSABLE DEL PAGO COMPLETO Y PUEDO CONTACTAR A MI COMPAÑÍA DE SEGURO DIRECTAMENTE SI HAY ALGUNA DISPUTA. MI PROVEEDOR DE CUIDADO DE VISTA TAMBIÉN PUEDE PROVEERME CON UNA DECLARACIÓN QUE YO PUEDA PRESENTARLE A MI COMPAÑÍA DE SEGURO, EN CASO DE QUE NECESITE SOLICITAR UN REEMBOLSO. ENTIENDO QUE CUALQUIER CITA DE SEGUIMIENTO RELACIONADA A LA EVALUACIÓN DE LENTES DE CONTACTO ESTÁN INCLUIDAS POR TRES MESES DESPUÉS DEL AJUSTE ORIGINAL DE LOS LENTES, Y SI SE REQUIRIERA ASISTENCIA DESPUÉS DE ESE PERIODO, SERÉ RESPONSABLE DE PAGAR EL SERVICIO PROFESIONAL. ADICIONALMENTE, YO SÉ QUE CUALQUIER OTRO SERVICIO QUE YO HAYA ACEPTADO PAGAR VERBALMENTE, ES MI RESPONSABILIDAD CUBRIR EL DÍA EN EL QUE SE HAGA EL SERVICIO. SI FUERA A RECIBIR UNA EXAMINACIÓN MÉDICA, ENTIENDO QUE MI PRINCIPAL SEGURO MÉDICO SERÁ FACTURADO Y YO SERÉ RESPONSABLE DE CUALQUIER DEDUCTIBLE, COSEGURO O COPAGO QUE PUEDAN SER NECESARIOS.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

FIRMA DEL PACIENTE (O PADRE/TUTOR) \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA:

### INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

MUCHAS CONDICIONES MÉDICAS Y MEDICAMENTOS AFECTAN LOS OJOS. PORFAVOR AYUDE AL DOCTOR LLENANDO SU HISTORIAL MÉDICO DE LA MANERA MÁS COMPLETA POSIBLE. PORFAVOR ELIJA TODAS LAS CONDICIONES QUE APLIQUEN A USTED .

<b>CONDICIONES RESPIRATORIAS</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>CONDICIONES HEMATOLÓGICAS</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>PROBLEMAS DE OIDO/NARIZ/ GARGANTA</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ASTHMA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ASTHMA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS DE SINUSES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
EMPHYSEMA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CÉLULA FALCIFORME	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS DENTALES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>CONDICIONES DE PIEL</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>ALERGIAS</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>DESORDEN NEUROLÓGICO</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ECZEMA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ALERGIA AL POLEN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	MIGRAÑAS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ROSACEA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SYNDROME DE SJOGREN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	DOLORES DE CABEZA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>DESORDEN ENDÓCRINO</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ARTRITIS REUMATOIDE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
DIABETES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	LUPUS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	MIASTENIA GRAVIS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
DESORDEN DE TIROIDES	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>FIEBRE/FATIGA/PÉRDIDA DE PESO</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	HERIDA DE CABEZA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>CONDICIONES GASTROINTESTINALES</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CONDICIONES MUSCULOESQUELÉTICAS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	DERRAME CEREBRAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ACIDEZ	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	OSTEOPOROSIS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>PROBLEMAS DE RIÑÓN/ VEJIGA</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>CONDICIONES CARDIOVASCULARES</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>DESORDEN PSIQUIÁTRICO</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
PRESIÓN ALTA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ANSIEDAD	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CANCER	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
ATAQUE AL CORAZÓN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	OPERACIÓN QUIRÚRGICA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿HA EXPERIMENTADO PREVIAMENTE ALGUNA HERIDA, CIRUJÍA O ENFERMEDAD EN LOS OJOS?  SÍ  NO

¿HA EXPERIMENTADO SOMBRAS EN SU VISIÓN, DESTELLOS DE LUZ EN SU VISIÓN, COMEZÓN, SENSACIÓN DE QUEMADURA, ENROJECIMIENTO, SEQUEDAD, DOBLE VISIÓN, VISTA NUBLADA INUSUAL, LAGRIMEO EXCESIVO O PERRILLA/ORZUELO FRECUENTEMENTE EN EL OJO?  SÍ  NO

¿TIENE SENSIBILIDAD A LA LUZ O DESLUMBRAMIENTO CUANDO CONDUCE O NO ESTA BAJO TECHO?  SÍ  NO  AVECES  
¿TIENE PROBLEMAS CON EL DESLUMBRAMIENTO O FATIGA EN LOS OJOS CUANDO USA UNA COMPUTADORA?  SÍ  NO  AVECES

¿ESTÁ SIENDO TRATADO POR ALGUNA OTRA CONDICIÓN MÉDICA?  SÍ  NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, PROFAVOR DESCRIBA

PORFAVOR ENLISTE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE ESTÉ TOMANDO ACTUALMENTE (INCLUYENDO HORMONAS, VITAMINAS, ANTICONCEPTIVOS, ASPIRINA, OTROS ANTIINFLAMATORIOS, GOTAS DE OJOS, ETCÉTERA:  NINGUNO

FECHA DE SU ÚLTIMA EVALUACIÓN DE SALUD \_\_\_\_\_ FECHA DE SU ÚLTIMO EXAMEN DE VISTA \_\_\_\_\_ PROVEEDOR DE CUIDADO DE VISTA PREVIO \_\_\_\_\_

¿ESTÁ EMBARAZADA O AMAMANTANDO?  SÍ  NO

¿FUMA O USA TABACO?  SÍ  NO  \_\_\_\_\_ MENOS DE 1 CAJETILLA AL DÍA \_\_\_\_\_ 1-2 CAJETILLAS AL DÍA \_\_\_\_\_ 2 CAJETILLAS AL DÍA

¿CONSUME ALCOHOL?  SÍ  NO  \_\_\_\_\_ SOCIAL \_\_\_\_\_ 1-2 BEBIDAS AL DÍA \_\_\_\_\_ MÁS QUE PROMEDIO \_\_\_\_\_ DEPENDENCIA

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO?  SÍ  NO  SI LA RESPUESTA ES SÍ, PORFAVOR ENLISTE: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LENTES DE CONTACTO

¿USA LENTES DE CONTACTO ACTUALMENTE?  SÍ  NO  SI LA RESPUESTA ES SÍ, PORFAVOR MENCIONE LA MARCA: \_\_\_\_\_

¿POR CUÁNTAS HORAS AL DÍA USA SUS LENTES DE CONTACTO? \_\_\_\_\_ ¿QUÉ TAN FRECUENTEMENTE DESECHA SUS LENTES DE CONTACTO? \_\_\_\_\_

¿SUS OJOS SE SIENTEN SECOS CUANDO USA LENTES DE CONTACTO?  SÍ  NO  ¿QUÉ USA PARA LIMPIAR SUS LENTES DE CONTACTO? \_\_\_\_\_

### HISTORIA FAMILIAR

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

CEGUERA*	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN: _____
CANCER*	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN: _____
CATARATAS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN: _____
DALTONISMO*	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN: _____
DIABETES*	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN: _____
GLAUCOMA*	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN: _____
ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN: _____
PRESIÓN CARDIACA ALTA*	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN: _____
OJO VAGO*	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN: _____
DEGENERACIÓN MACULAR*	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN: _____
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN: _____
DESPRENDIMIENTO DE RETINA*	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RELACIÓN: _____

#### PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE

L	FDT	PHOTO
A	O	

\*EXÁMENES ADICIONALES PUEDEN SER CUBIERTOS POR SU SEGURO MÉDICO