



Nombre : _____ Inicial _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Sexo: M F Seguro Social # _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo _____

Tel de casa:(____) _____ Tel Celular: (____) _____ Tel de Trabajo _____

Raza: (circule uno): Hispano,Blanco,Indio Americano,Afro Americano, Otro

Etnicidad (circule uno): Hispano o Latino, No hispano, Indio Americano, Arabe, Afro Americano

Language preferido (circule uno): Ingles, Espanol, Arabe, Frances, Otro

Direccion de Correo Electronico(lo usamos para recordatorios) _____

Mejor modo de comunicacion: Telefono de casa Telefono Celular Telefono de trabajo Correo electronico

Empleador: _____ Ocupacion _____

Si es menor, Nombre del Guardian: _____

Si es casado, Nombre de Conyuge: _____

En evento de emergencia a quien podemos contactar? _____ Num Telefonico _____

A quien podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? Amigo/Familiar _____

Internet _____ Aseguranza _____

Health Insurance Portability and Accountability Act-HIPAA

Nosotros respetamos la obligacion legal de mantener su informacion de salud privada. Estamos obligados por la ley de darle un aviso de nuestras practicas de privacidad. La razon mas comun por la cual usamos o revelamos su informacion es para tratamiento, pago, o funcionamiento de cuidado medico.

*Firma: _____ Fecha: _____

Informacion de pago Pago es requerido en el momento que los servicios son rendidos. La mitad del costo de materiales (anteojos o lentes de contactos) deben ser pagados cuando pongamos la orden. El balance debe ser pagado cuando los materiales son dispensados o recojidos. Balances que no son pagados en 60 dias seran automaticamente mandados a coleccion. Y en ese entonces un recargo de servicio de \$35.00 sera agregada a la cuenta.

Yo comprendo que voy a recibir un estadillo de cuenta despues de 30 dias, si la azeguranza no paga. Mas aun comprendo que soy responsable por el monto total si mi azeguranza no lo paga. Cualquier desaprobacion o disputa de pago por mi compania de azeguranza es mi responsabilidad y no de Eyecare Associates. Si nuestra oficina va a enviar un reclamo a la azeguranza esta firma sirve como " Firma Archivada".

*Firma: _____ Fecha: _____

Autorizacion para dar informacion medica Muchos de nuestro pacientes dejan que familiars hablen queriendo recibir informacion medica o informacion de facturacion (biles). Por las leyes requeridas de HIPPA no podemos divulgar esa informacion a nadie sin el consentimiento del paciente. Si ud decea que Eyecare Associates de esa informacion tiene que poner los nombres de los familiars and firmar abajo.

1. _____ Relacion al paciente _____

2. _____ Relacion al paciente _____

CONTINUE A LA PAGINA TRASERA

HISTORIAL DE VISION

Fecha del ultimo examen ____/____/____ Su doctor previo: _____

Usa alguno de estos: (circule uno) Anteojos Lentes de contacto

Usa gotas medicas? Cuales _____

Tiene algun problema/preocupacion con su vision? _____

A Tenido usted o alguien en su familia, historial de problemas en los ojos en las siguientes areas?

	Usted	Familia		Usted	Familia
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Diabetica de ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degeneracion Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Queratocono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirurgias de ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojo desviado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias en los ojos	<input type="checkbox"/>	
Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones en los ojos	<input type="checkbox"/>	
Ambliopia (Ojo perezoso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones en los ojos	<input type="checkbox"/>	

Por favor describa la condicion marcada : _____

Quien fue su doctor de ojos anterior? _____ Fecha de su ultimo examen? _____

Actualmente usa : Anteojos Contactos Alguna preocupacion: _____

Historial Medico

Informacion del paciente: Estatura _____ Peso _____ Su doctor medico: _____

El consumo de Tabaco: (Circule uno) Actualmente Fuma/Previo Fumador/Nunca a fumado

A Tenido usted o alguien en su familia, historial de problemas en los ojos en las siguientes areas?

	Usted	Familiar		Usted	Familiar
Sistema Digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema Nervioso (Dolor de Cabeza,MS,Convulsion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratorio (asma, enfisema, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oido / Nariz / Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinario (Rinones,Vejiga, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia/Sistema Inmunologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular (cholesterol, presion alta, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental / Psiquiatrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocrino (tiroides, diabetes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre / Linfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Musculoesqueletico(artritis, dolor de coyunturas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor describa la condicion que marco arriba _____

Porfavor liste cualquier medicamento que este tomando: _____

Es alergico a algun medicamento? _____

Gracias Y Bienvenido a nuestra oficina!
