

Eyeland Vision
Drs. Kerry Holt, O. D. Phuong Nguyen, O. D.
Bienvenido a nuestra oficina

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Genero: M / F
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Correo Electronico _____ Seguro Social _____
Numero de telefono _____ Trabajo _____ Celular _____
Etnicidad _____ Raza _____ Idioma Preferido _____
Gustaría recibir recuerdos de citas por Correo Electronico Telefono Celular Mensaje de Texto

HIPPA (Ley de Privacidad)

Reconozco que he recibido una copia del aviso de la prácticas de privacidad Eyeland Vision.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

Con quien podriamos discutir su informacion medica o dejar mensaje con respecto a su cuidado?

Nombre _____ Relacion _____ Numero de telefono _____

Citas Perdidas

Nuestros médicos y personal designa un tiempo especifico para cada paciente. Por favor llame con 24 horas de anticipacion en días laborables y 48 horas de anticipacion en sábados para cambiar o cancelar su cita. Un cargo de \$ 25.00 entre semana y \$ 50.00 los sábados se incurrirá si no tenemos noticias de usted antes de la hora indicada. _____ (Iniciales)

Contrato de Aseguranza: Por favor, tenga en cuenta si usted está usando la cobertura de seguro para la visita de hoy, este es un contrato entre usted y su compañía de seguros ... no Eyeland Vision. Si su compañía de seguros no ha reembolsado a nuestra oficina en su totalidad dentro de 60 días o en el caso de que su compañía de seguros niega beneficios, usted será responsable de pagar los cargos. Si la aseguranza paga de mas se le regrejara su dinero de la musma manera en que usted pago come en una semana de cuando se pide el reembolso.

Firma _____ Fecha _____

PACIENTES CUBIERTOS POR MEDICARE

La prescripción no está cubierta por Medicare y usted sera responsable de pagar la cuota de \$40.00 por la prescripción.

Firma _____ Fecha _____

PACIENTES CUBIERTOS POR TRICARE

Si esta interesado en un prescripción para lentes de contacto, por favor tenga en cuenta que este servicio no está cubierto por Tricare y usted sera totalmente responsable de ese servicio. La tarifa sera discutida con usted antes del exam y se basara en su prescripción.

Firma _____ Fecha _____

Una imagen digital de la retina se hará anualmente para cada paciente en lugar de dilatar los ojos.

Los problemas de la retina como la degeneración macular, glaucoma, desprendimientos dela retina y retinopatía diabética ahora se puede ver sin la dilatación de la mayoría de los pacientes y que es mucho más fácil para el médico para examinar el ojo con la imagen digital en lugar de mirar a través del ojo con la ayuda de un microscopio que da una visión muy limitada. El tiempo para evaluar la retina es instantánea. El examen es facil y sin dolor, permite una vista de 200° de todo el estado interno del ojo sin tener que dilatar la pupila.

DETECCIÓN TEMPRANA ES FUNDAMENTAL!!!

Sin un examen de la vista intensivo pueden pasar desapercibidas algunas enfermedades graves tales como:

Todas estos puede conducir a la pérdida de la vision, ceguera o incluso la MUERTE.

- Diabetes
- Desprendimiento de Retina
- Tumores Malignos

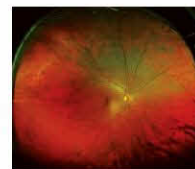
La pequeña cuota es de \$39 y puede ser cubierto por su aseguranza, si una condicion medica se localizada.



Microscopio es una imagen de 90°



Fotografía del fondo del ojo (45°)



Optomap Retinal Imaging (200°)

EVALUACIÓN DE RIESGO PARA DETECTAR DIABETES

A medida que la principal causa de ceguera, es muy importante para nosotros como su Optometrista detectar esta enfermedad. La detección temprana ya está disponible, y es rápido, no invasivo y sin dolor. Una exploración de seis segundos de la lente del ojo nos mostrará toda la vida de control de azúcar en la sangre y que nos puede decir hasta 7 años antes del inicio de alguna complicación de la diabetes. Esta evaluación se le hará a todos los pacientes mayores de 18 años.

La pequeña cuota para la evaluación es de \$ 39. Una tarifa de descuento de \$ 69 se aplicará si se realizan ambas pruebas

Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta acerca de las pruebas adicionales que llevamos a cabo aquí en nuestra oficina

Si esta es su primera visita a nuestra oficina, a quien podriamos agradecer por la referencia? _____

¿Fue refereido por algun Dr. _____ Escuela _____

Por favor, explique los problemas que está teniendo _____

¿Usas lentes? ___ No ___ Sí ___ en caso afirmativo, por cuanto tiempo _____ son para _____ distancia _____ cerca _____ de ambos

¿Usas lentes de contacto? ___ No ___ Sí si es así, ___ Soft ___ Gas Permeable ___ Lentes de remodelación de la córnea

¿Le interesa lentes de contacto hoy? ___ Sí ___ No

Último examen de la vista _____ Dr _____

Preocupaciones de la Vista

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| ___ Visión Borrosa | ___ Ojo Rojo |
| ___ Tension del ojo | ___ Ardor en los ojos |
| ___ Dolor de Ojo | ___ Comezon |
| ___ Sensibilidad ala Luz | ___ Lagrimeo |
| ___ MalaVision Nocturna | ___ Secrecion |
| ___ Resplandor Nocturno | ___ Resequedad |
| ___ Vision doble | ___ Infeccion de los ojos |
| ___ Perdida de la vision | ___ Alergia ocular |
| ___ Flucruacion de la vista | ___ Destellos de luz |
| ___ Visión Periferica | ___ Ve "manchas" |

Otros _____

Tiene dolores de cabeza frecuentes? ___ Sí ___ No

Si es así ___ PM ___ AM ___ todo el día

Otros _____

Tiene Alergias o Alergias a Medicamentos? ___ Sí ___ No

Si es así, por favor escriba

Altura _____ Peso _____ lbs

Fuma _____ Si _____ No Cuantos al día _____

Toma alcohol _____ Si _____ No

Ocupación _____

Empleador _____

Esta embarazada? _____ Cuantas Semanas? _____

¿Cuántas horas por día usa la computadora? _____ hrs al día

Aficiones _____

~~~ Gracias por confiar el cuidado de sus ojos en nosotros! El mejor elogio es el referir a sus amigos y familia!



Tech \_\_\_\_\_ Dr. Reviewed \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Ultimo examen fisico \_\_\_\_\_ Dr \_\_\_\_\_

**Salud/ Historia Ocular      Usted      Familiar(Relacion)**

- |                          |       |       |
|--------------------------|-------|-------|
| Cataratas                | _____ | _____ |
| Degeneracion Macular     | _____ | _____ |
| Glaucoma                 | _____ | _____ |
| Diabetes                 | _____ | _____ |
| Nivel de A1C             | _____ | _____ |
| Retinopatía Diabetica    | _____ | _____ |
| Problemas de Retina      | _____ | _____ |
| Ojo cruzado /perezoso    | _____ | _____ |
| Hipertencion             | _____ | _____ |
| Problemas del corazon    | _____ | _____ |
| Problemas de respiracion | _____ | _____ |
| Cancer                   | _____ | _____ |
| Esclerosis Multiple      | _____ | _____ |
| Arthritis                | _____ | _____ |
| Colesterol               | _____ | _____ |
| Hiper/Hipotiroidismo     | _____ | _____ |
| Otros                    | _____ | _____ |

Esta tomando algun medicamento, hormonas o pildoras anticonceptivas? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Otros Medicamientos?

- 1.- \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_
- 4.- \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_
- 5.- \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_
- 6.- \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_

¿Cuál farmacia prefiere utilizar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**El pago se espera cuando se prestan los servicios. No hay ningún reembolso por servicios médicos.**

Nombre \_\_\_\_\_

Firma / tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_