

Forma de Ingreso de Salud

Información del Paciente Fecha de Hoy _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono de la Casa _____

Teléfono del Trabajo _____ Seguro Social del Paciente _____ Ocupación (o Curso/Grado) _____

Esposo/a (o Madre/Padre) _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo (Circule uno) M F

Dirección de Correo Electrónico _____ ¿Cual es el propósito principal de su visita? _____

¿Tiene algún problema con sus actuales lentes de contacto o anteojos? _____

La misión de nuestro Centro de Salud Ocular Family Eyecare Experts es contribuir a la Salud de la Visión a lo largo de toda su vida, y proveerle al paciente de la más alta calidad de cuidado de la visión, y consecuentemente de la calidad de su vida. Estamos actualizándonos constantemente con los últimos avances de la medicina ocular para ofrecerle la más reciente tecnología del cuidado de los ojos, servicios profesionales y productos, y mantenernos adelante en nuestra profesión. Las necesidades visuales y de bienestar de cada uno de nuestros pacientes será siempre nuestra prioridad. Nuestra misión se comunica en cada trabajo que hacemos. Preguntas sobre su Estilo de Vida

Información del Seguro Medico

Seguro Visual _____ Nombre del Asegurado _____

Seguro Social del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

Seguro Medico Principal _____ Nombre del Asegurado _____

Seguro Social del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

¿Participa UD en una Cuenta de Gastos Médicos Flexible? (Circule uno) Si No

¿Cómo va a pagar su cita medica hoy? (Circule uno) Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito

Preguntas sobre su Estilo de Vida

(Marque la caja con una "X" si la respuesta es "SI") UD...

- ...trabaja con una computadora? ...usa anteojos para nadar con prescripción medica?
- ...prefiere no usar sus lentes a veces? ...desea información sobre la Cirugía a Láser para corregir la visión?
- ...esta interesado en un procedimiento no-quirúrgico para corregir su visión?
- ...tiene mas de un par de lentes con su actual prescripción medica?

Alguna vez UD ha sido diagnosticado o tratado por alguna de estas experiencias o enfermedades?

- Visión Borrosa Sensación de Quemadura Cataratas
- Abrasión de la Cornea Ojos cruzados/Ojo virado q Visión Doble Infección en los Ojos
- Heridas en los Ojos Destellos de Luz Manchas/Líneas
- Flotantes Glaucoma Basura en los Ojos
- Dolores de Cabeza Iritis/Uvitis Picazón
- Ojo Vago Degeneración Macular Resequedad Ocasional
- Desprendimiento de la Retina Sensibilidad a la Luz Lagrimeo
- Problemas para ver en la noche Lentes Incómodos Otra Enfermedad Ocular _____

La información en esta Forma de Historia Clínica Confidencial es crítica para la evaluación de su Visión y su Salud.

Historia Medica del Paciente

Nombre de su Medico Personal _____ Address _____

Fecha de la última visita medica _____ MEDICACIONES QUE USA ACTUALMENTE (Con o sin prescripción) (Escriba el nombre de todas las medicinas incluyendo gotas para los ojos, vitaminas, y píldoras anticonceptivas) _____

¿Alergias a alguna medicina? (Circule uno) Si No ¿A que medicinas tiene alergia? _____

¿Ha tenido alguna Operación Quirúrgica? (Circule uno) Si No

¿Usa cigarrillos/tabaco, alcohol,o alguna otra sustancia? (Circule uno) Si No

¿Alguna vea a UD se le ha diagnosticado o se le ha tratado algunas de estas enfermedades?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Sangrado/Linfomas |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Colesterol |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedades Digestivas | <input type="checkbox"/> Oídos/Nariz/Garganta |
| <input type="checkbox"/> Glándulas Endocrinales | <input type="checkbox"/> Eczema/Picazón | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Genito-urinarias | <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta |
| <input type="checkbox"/> Integumentario (Piel) | <input type="checkbox"/> Riñones | <input type="checkbox"/> Músculos/Huesos |
| <input type="checkbox"/> Neurológicos | <input type="checkbox"/> Sicológicos | <input type="checkbox"/> Respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis Nasal | <input type="checkbox"/> Infecciones de la Garganta | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| | | <input type="checkbox"/> Aumento/Perdida inusual de peso |

Historia Ocular del Paciente

Fecha del Ultimo Examen Visual _____ ¿Quién realizo el Examen? _____

¿Alguna vez a intentado usar lentes de contactos? (Circule uno) Si No

¿Usa actualmente lentes de contacto? (Circule uno) Si No ¿Qué tipo? _____

¿Se siente satisfecho/a con su visión y la comodidad del uso de sus lentes de contacto? (Circule uno) Si No

¿Preferiría UD lentes de contacto transparentes o de colores? (Circule uno) Transparente De Colores

Historia Medica/ Ocular de su Familia (Marque todas las que se aplican)

¿Hay alguna historia médica familiar de alguna de las enfermedades que se indican a continuación? (Por Favor marque las cajas – del lado de la Madre o Padre)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ceguera _____ | <input type="checkbox"/> Cataratas _____ | <input type="checkbox"/> Problemas en la Cornea _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Glaucoma _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón _____ |
| <input type="checkbox"/> Ojo Vago _____ | <input type="checkbox"/> Degeneración Macular _____ | <input type="checkbox"/> Problemas Retinales _____ |

- Entiendo que soy financieramente responsable por el deducible, coseguro o servicio no cubierto de mi Seguro medico.
- Si mi plan requiere un remisión, debo obtenerla antes de mi visita.
- En el caso de que mi plan de salud determine que un servicio “no es pagadero”, seré responsable del cargo complete y aceptaré pagar los costos de todos los servicios prestados.
- Si no tengo seguro, acepto pagar los servicios médicos que se me presten en el momento del servicio.
- Si se le envía accidentalmente un cheque del seguro en lugar de al consultorio, deberá entregarlo inmediatamente al consultorio.

Firma _____ Fecha De Hoy _____