



Información de Paciente

Fecha: _____

Seleccione Uno: Sra. Señorita Sr. Dr. Joven

Padres (si menor): _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

NSS: _____

Ciudad/ Código Postal: _____

Celular: _____ Texto? Si/ No

E-mail: _____

Teléfono de Casa: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Nombre de Seguro de Visión: VSP MES Eyemed Medi-Care Ninguno Otro _____

Nombre de Seguro Médico: _____ ID#: _____

de Grupo _____ Nombre de Miembro: _____ FDN: _____

Médico Primario: _____ Teléfono: _____

Pasatiempos, necesidades especiales de la visión: _____

¿Usa Lentes?: si no ¿Ha tenido cirugía laser?: si no ¿Interesado en LASIK?: si no

¿Usa lentes de contacto?: si no Tipo: _____ ¿Interesado en contactos?: _____

¿Cuándo fue su ultimo exam de ojos? _____ Nombre de Optometrista anterior: _____

Referidos Por: _____ Doctor Amigo Familiar Seguro Yelp

Debido al Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Salud (HIPPA), sus iniciales y firma son requeridas

Iniciales:

_____ **Autorizo** a cualquier poseedor de mi información médica facilitar y / o solicitar mi información con otros profesionales medicos para el propósito de consulta y referencia apropiada para mi asistencia médica.

_____ Me han dado la copia de la poliza de privacidad de **Flores Optometry Inc.** (Usted puede solicitar una copia)

Y/ ~O~

_____ **Autorizo** a cualquier poseedor de mis antecedentes medicos dar a mi compañía de seguro o a su agente cualquier información necesaria para determinar si estos servicios son cubiertos por mis beneficios. Solicito que el pago de servicios autorizados sean hechos en beneficio a **Flores Optometry Inc.** Conuerdo en ser personalmente y completamente responsable por copagos o deductibles no cubiertos por mi compañía de seguros.

_____ **Me niego** a proporcionar informacion y soy únicamente responsable por mis cargos. Comprendo que los cargos deberan pagarse al momento del servicio.

Firma: _____

Relación al Paciente (si menor): _____

Flores Optometry Inc.
CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Anote las medicinas que toma: _____

Anote cualquier alergia (medico y general): _____

Ha tenido problemas en las siguientes areas: (Solo indique en la(s) que aplica)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Visión nublada/ empañada | <input type="checkbox"/> Estrabismo | <input type="checkbox"/> Desórden de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Focos de luz en la vista periférica | <input type="checkbox"/> Ojos cansados | <input type="checkbox"/> Estómago O gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> Catarata | <input type="checkbox"/> Deqeneración de la macula | <input type="checkbox"/> Desórdenes de sangre |
| <input type="checkbox"/> Ojos resecos | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de la retina | <input type="checkbox"/> Condición de piel |
| <input type="checkbox"/> Ojos rojos | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Artritis/ dolor de articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Ojos arenosos | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Picazón/ comezón | <input type="checkbox"/> Storke | <input type="checkbox"/> Psiquiatrico |
| <input type="checkbox"/> Irritacion | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Asma (bronquitis, enfisema) |
| <input type="checkbox"/> Sensación de cuerpo foráneo ocular | <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Exceso de lagrimeo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Oidos, nariz, boca, garganta |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a luz/ sol | <input type="checkbox"/> Contitucional (fiebre, subida/ pérdida de peso) | <input type="checkbox"/> Riñones/ hígado |
| <input type="checkbox"/> Dolor de ojo | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza (jaqueca/ ataques epilepticos) | <input type="checkbox"/> Embarazada |
| <input type="checkbox"/> Infección crónica de los ojos ó párpados | | |
| <input type="checkbox"/> Usa tabaco <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> Toma bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> Usa Drogas <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |

Si ha expuesto o se ha infectado con: Gonorrea Hepatitis SIDA Sifilis

Liste cualquier otras condiciones:

Por favor note cualquier miembro de familia, vivos ó muertos, que tienen ó han tenido las condiciones que se presentan:

RELACIÓN

RELACIÓN

- Glaucoma _____
- Catarata _____
- Degeneración de la Macula _____
- Desprendimiento de la Retina _____
- Ceguera _____

- Alta Presión _____
- Enfermedad del Corazón _____
- Diabetes _____
- Desorden de la Tiroides _____
- Otra Condición _____

Firma: _____

Relacion al Paciente: _____