

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

La Fecha de hoy: _____

Informacion del paciente

Apellido: _____
 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____
 Codigo Postal: _____
 Numero de Casa: _____
 Numero Del Trabajo: _____
 Numero de Celular: _____
 Empleador/Escuela: _____
 Ocupacion/Grado: _____
 Esposo(a)/Nombre de padres: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Sexo: M -F
 Correo Electronico: _____

Muy Importante!!! Para Pacientes nuevos:
A quien devemos agradecer por referirle a
Nuestra facilidad: _____

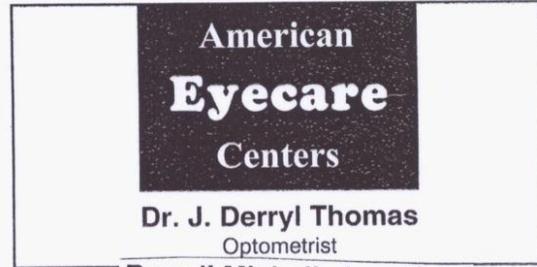
Si no fue referido, Como escucho de
Nosotros?

- Por otro Doctor
- Lista de Seguro
- Letrero/Edificio
- Periodico/TV/Radio
- Paginas Amarillas
- Sitio de Internet/Cual: _____
- Otro: _____

OPCIONES DE COMUNICACION

Actualmente estamos enviando recordatorios via
Correo de textos/Correo Electronico.
Ninguna informacion es revelada con otra persona.
Favor de escoger alguna de las siguientes.

- Correo Electronico
- Mensaje De Texto
- Los dos
- Solo llamadas de Telefono



Autorizo la divulgacion de cualquier
informacion medica ou otra
informacion requerida para procesar
este reclamo. De igual manera
entiento que soy responsable
por cualquier cargo que no cubra
mi seguro.

Firme a qui: _____

INFORMACION DE SU COMPAÑIA DE SEGURO

Compañia de Seguro de vision: _____
 Nombre del subscritor: _____
 Numero Del Subscritor: _____
 Seguro Social: _____
 Fecha de Nac/del Subscritor: _____

Seguro Medico: _____

Nombre del Subscritor: _____
 # de subscripcion: _____
 Seguro Social: _____
 Fecha de Nac/del subscritor: _____

Participa usted en una cuenta de ahorro
atraves de su Empleador o cuenta de
Ahorros de salud?

SI NO

AVISO

Entiendo las practicas de privacidad sobre
HIPPA. Iniciales: _____

Entiendo la politica de cancelacion de citas y
citas perdidas. Iniciales: _____

La informacion de este formulario de historial es confidencial y fundamental para la evaluacion de su vision y salud.

Historial Ocular De la Familia

Si hay algun historial Medico en alguna de las siguientes opciones Favor de marcar con una marca de verificacion.

- Seguera
- Cataratas
- Problemas corneales
- La enfermedad diabetica del ojo
- Glaucoma
- Ambliopia
- Degenerasion macular
- Problemas retinales

Historial Medico del paciente

Nombre de Doctor Familiar/Doctor de Cabecera:

Ciudad: _____

Cuando fue su ultimo examen fisico? _____

Favor de enlistar todo medicamento que esta tomando actualmente Incluyendo gotas para el ojo, vitaminas y anticonceptivos.

Es usted alergico(a) a algun medicamento?

- Ninguno

Cuando Fue su ultimo examen ocular? _____

Favor de enumerar algun procedimiento ocular o Sirugia en el pasado.

Historial Medico del paciente

Ha sido Diagnosticado, Tratado o Experimentado alguna de las siguientes?

- Vision borrosa
- Vision Doble
- Flotadores
- Sequedad en los ojos
- Ardor en los ojos
- Picasos en los ojos
- Lagrimeo
- Cataratas
- Glaucoma
- Degeneracion macular
- Desprendimiento Retinal
- Abrasion Corneal
- Sensibilidad a ala luz del sol
- Sirugia Ocular
- Lesion en el ojo

Otro: _____

A sido diagnosticado o tratado por alguno de los siguientes?

- Alergias
- Artritis
- Bronquitis
- Cancer
- Cholesterol
- Diabetes
- Digestivo
- Oreja/Nariz/ Garganta
- Endocrino
- Eczema/Erupciones
- Fatiga
- Fiebre
- Genitourinario
- Hipertension
- Integumentario(Piel)
- Riñones
- Musculo/Hueso
- Neurologico
- Psicologicamente
- Respiratorio
- Sinus
- Infeccion de garganta
- Tyroide
- Perdida de peso/Aumento