

# Precise Family Eyecare, P.C.

## Información de Paciente

**Bienvenido a nuestra oficina! Por favor tome un momento para proporcionarnos la siguiente información para servirle mejor**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono principal # \_\_\_\_\_ 2 ° Teléfono # \_\_\_\_\_  
Empleador/Escuela \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Nombre del padre /Guardián \_\_\_\_\_  
Intereses/Pasatiempos/Deportes/Necesidades: \_\_\_\_\_  
Uso de Computadora(horas/día): \_\_\_\_\_ Razón por la visita hoy \_\_\_\_\_  
Ultimo examen de la visita: \_\_\_\_\_ Medico: \_\_\_\_\_ Último examen Médico: \_\_\_\_\_ Medico.: \_\_\_\_\_

### Campo visual computarizado

Una computadora sofisticada especial es disponible en nuestra oficina que da información valiosa acerca de las fronteras del campo y cómo el ojo ve en áreas diferentes del campo. Se utiliza para buscar "ángulos muertos" y prueba la función de la retina, del nervio óptico, y de las sendas visuales al cerebro. Enfermedades que pueden afectar el campo del ojo incluyen diabetes, tumores, hipertensión, esclerosis múltiple, accidentes cerebrovasculares y etcétera. Esta prueba tarda acerca de 10 minutos para hacer, requiere una pequeña concentración, sin hacer efectos después. Se recomienda esta prueba para aquellos que nunca han tenido una y también si tienen problemas de salud personalmente o de familia.

Entiendo la importancia del campo Visual computarizado ( ) SI, Quiero tomar la prueba del Campo Visual Cuota: \$22  
( ) NO, Quiero tomar la prueba del Campo Visual

**Paquete con descuento:** Imagen del bienestar de la retina, incluye el campo visual

\*consulte el folleto adjunto para obtener información adicional\*

( ) SI, Quiero el paquete de imágenes de bienestar El precio: \$55  
( ) NO, Quiero el paquete de imágenes de bienestar

### Dilatación

La dilatación consiste el uso de gotas para agrandar temporalmente la pupila, aumenta el punto de vista para el doctor del interior del ojo. Examinar el interior de los ojos sin gotas de dilatación para ampliar temporalmente el ojo es como examinar a través de una pequeña abertura en la puerta de entrada. Los defectos amenazantes del ojo se pueden esconder completamente de la vista, no siendo detectados hasta que la condición se empeore. Este procedimiento puede revelar las condiciones tal como glaucoma, cataratas, enfermedad retina, hoyos/lagrimas retinales, tumores oculares, y otras condiciones. Aproximadamente 20 minutos se necesitan para la dilatación completa. Los efectos secundarios incluyen sensibilidad a la luz y visión borrosa de cerca por 3-6 horas. La mayoría de los pacientes pueden manejar con cuidado. Se recomienda esta prueba para pacientes de primera vez, los que no han tenido uno durante más de 2 años, y esos que tienen problemas personales o de familia de salud tales como la diabetes y hipertensión.

Entiendo la importancia del Examen Dilatado ( ) SI, Quiero la dilatación  
( ) NO, Quiero tomar la dilatación

HE RECIBIDO UNA COPIA DE LA NOTIFICACIÓN HIPAA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. ENTIENDO LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE ESTA OFICINA Y EL USO DE CONSENTIMIENTO. DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD A LOS EFECTOS DE LAS OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO Y CUIDADO DE LA SALUD.

[ ] Estoy de acuerdo inicial: \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN:** Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico y estoy de acuerdo que soy financieramente responsable por todos los servicios no cubiertos. También autorizo a esta oficina para liberar cualquier información necesaria para procesar mi reclamación de seguro.

[ ] Estoy de acuerdo inicial: \_\_\_\_\_

Pago completo se requiere en el momento que los servicios son rendidos. Por favor no pida extender crédito o factura. Los costos profesionales no son reembolsables. El método de pago:  Dinero Efectivo  Cheque  Tarjeta de crédito/debito  Otro

Testifico que he leído este formulario en su totalidad, que entiendo su contenido, y que he provisto información que es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento y habilidad.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_