



Optimal Vision, Optimal Health

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha ___/___/___

Apellido, Primer Nombre (Last, First) _____ M F DOB ___/___/___ Edad ___

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado ___ Código Postal _____

de Seguro Social ___-___-___ Empleado _____ Ocupación _____

Tel. de Casa (____) _____ - _____ Tel. de Cel (____) _____ - _____ Correo electrónico : _____

Nombre del asegurador primario _____ DOB ___/___/___

de Seguro Social ___-___-___ Relación con el paciente _____

¿Como supiste de nosotros? Facebook Instagram Yelp Google Referido por _____

HISTORIAL DE LOS OJOS

El último examen de la vista 1 año 2 años ___ años Nombre del Doctor _____

¿Cualquier enfermedad ocular, lesiones o cirugías en el pasado? Sí No ¿Si sí, cuándo? _____

¿Usted usa lentes? Sí No ¿Con qué frecuencia? Todo el tiempo Algunas veces Leyendo

Conducción Viendo la televisión

¿Usas contactos? Sí No Suave Duro Esfera Tórico Multifocal

Diario Quincenal Mensual Marca _____

Horas de uso de lentes de contacto por día _____

¿Tienes problemas con tu lente de contacto?

Sequedad Se rompe fácilmente Incómodo al final del día Otro _____

¿Está interesado en la corrección de la visión a través de lentes de contacto? Sí No

Por favor marque todos los síntomas que está experimentando actualmente:

Visión borrosa-Lejos Sequedad / Arenoso Fatiga visual Dolores de cabeza Destellos

Visión borrosa-Cerca Ojos que pican Dolor Sensibilidad a la luz Flotadores

Visión doble Acuoso Rojez Descarga Otro _____

HISTORIA DE LA SALUD MEDICA

Nombre del doctor primario _____ Fecha del último examen físico _____

¿Usted o algún pariente de la sangre tiene alguna de las siguientes condiciones?

| | Usted | Parientes | | Usted | Parientes | | Usted | Parientes |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| AIDS/ HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dependencia química | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapasos / cirugía del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la retina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Válvula cardiaca artificial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herpes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del riñon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Condiciones de la piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lupus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carrera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Migrañas / dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MEDICAMENTOS

LAS ALERGIAS

HISTORIA SOCIAL

¿Practicas algún deporte? No Sí _____ ¿Tienes algún pasatiempo? No Sí _____
Horas gastadas en _____TV _____Leyendo _____
_____Computadora _____Videojuegos _____
_____Jugando / trabajando afuera _____
Usted (marque todo lo que corresponda)
Beber alcohol Fumar Usa drogas

SEGURO

Responsable de cuenta _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
Nombre de la compañía de seguros: _____ Miembro ID # _____

Relación con el paciente: _____ Miembro's DOB ____/____/____

Miembro's Seguridad Social # _____ - _____ - _____

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Yo certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s) , tenemos cobertura de seguro con _____ (nombre de aseguranza) y asignó directamente a Main Street Optometry todos los beneficios del seguro. Si los hay, que mi seguro pague por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable por todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las sumisiones del seguro . El doctor mencionado anteriormente puede usar mi información de atención médica y puede revelar dicha información a la empresa arriba mencionada aseguradora(s) y sus agentes con el fin de obtener el pago de servicios y la determinación de los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando mi plan de tratamiento actual se complete o a un año de la fecha firmada abajo

Firma del Paciente|Padre|Tutor|Representante personal

La Fecha

Escriba el nombre del Paciente|Padre|Tutor|Representante personal

La Fecha