



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 _____ Empleador _____ 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:

- | | | | | |
|---|---|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa-Lejos | <input type="checkbox"/> Sequedad / Arenoso | <input type="checkbox"/> Fatiga visual | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Destellos |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa-Cerca | <input type="checkbox"/> Ojos que pican | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> Flotadores |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Acuoso | <input type="checkbox"/> Rojez | <input type="checkbox"/> Descarga | <input type="checkbox"/> 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 Usted (marque todo lo que corresponda)
 _____ Computadora Videojuegos Beber alcohol Fumar Usa drogas
 _____ Jugando / trabajando afuera

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 Radiant 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