



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:

___ 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 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