

## Pharmacy Update Form

We are updating our records and need to have your pharmacy information so all of the prescriptions we write for you can be sent -directly to your pharmacy.

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**Pharmacy Name:** \_\_\_\_\_

**Pharmacy Address:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pharmacy Phone Number:** \_\_\_\_\_

## Formulario de actualización de farmacia

Estamos actualizando nuestros registros y necesitamos tener la información de su farmacia para que todas las recetas que le escribamos se puedan enviar directamente a su farmacia.

**Nombre Del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre De Farmacia:** \_\_\_\_\_

**Direccion De Farmacia:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Numero De Farmacia:** \_\_\_\_\_

## COVID-19 PRE-APPOINTMENT SCREENING QUESTIONNAIRE

Patient Chart #:

1. Do you have any fever or upper respiratory symptoms (e.g. cough, sore throat or runny nose), or have been diagnosed with pneumonia recently?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Have you travelled outside the country or to outbreak areas of the coronavirus disease in the past 14 days? a. i.e. China, Japan, South Korea, Italy, Iran, New York, New Jersey, Connecticut, Florida or Texas b. IF yes, when? _____	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Did you have any contact with persons confirmed OR with a presumed diagnosis (quarantined) with coronavirus disease in the past 14 days?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Have you recently had a decrease in taste or smell?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Have you been diagnosed with COVID-19? a. IF yes, when were you diagnosed? _____	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name/ Nombre:

1. Ha tenido fiebre o síntomas respiratorios (i.e. tos, dolor de garganta o secreción nasal), o ha tenido neumonía últimamente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Ha viajado fuera del país o visitado zonas consideradas con alto volumen del COVID-19 coronavirus en los últimos 14 días? a. i.e. China, Japón, Corea del Sud, Italia, Irán, Nueva York, Nueva Jersey, Connecticut, Florida o Texas b. Si la respuesta es SI, cuando fue? _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Ha estado en contacto con personas confirmadas de tener COVID 19 o personas quien han estado en cuarentena con el coronavirus en los últimos 14 días?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Ha perdido el sentido de oler o detectar sabor?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Ha sido diagnosticado con COVID-19? Si la respuesta es SI, cuando fue diagnosticado? _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

**Jeffrey S. Fimreite, O.D.**  
**Patricia A. Atie, O.D., F.C.O.V.D.**  
**Vanessa M. Grichine, O.D., M.S, F.A.A.O.**  
**Michael H. Fimreite, O.D., F.A.A.O.**

**PAJE Optometric- apc**

2414 S. Fairview St., Ste. 103 • Santa Ana, CA 92704 • (714) 557-9492

### **Patient Video Surveillance Policy Acknowledgement and Release**

For the safety of our patients, staff and doctors, PAJE Optometric is equipped with a non-concealed video surveillance system. The video surveillance system data is secured for your privacy following HIPAA recommendations. In adhering to California State laws, no auditory recording is being used. In certain circumstances, the data may be shared with the police and/ or other entities as required by law.

I understand that video surveillance may be conducted in all public areas such as waiting areas, examining and treatment rooms and business offices.

PAJE Optometric retains ownership of video surveillance recordings. I understand the video may be viewed only by authorized individuals of PAJE Optometric or when required by law.

_____	____/____/____	_____
Patient / Parent Signature	Date	Patient #
_____	_____	_____
Additional Family Member Name	Additional Family Member Name	Additional Family Member Name
_____	_____	_____
Additional Family Member Name	Additional Family Member Name	Additional Family Member Name

### **Reconocimiento de la Política de Videovigilancia del Paciente y Liberation**

Para la seguridad de nuestros pacientes, personal y médicos, PAJE Optometric está equipado con un sistema de videovigilancia no oculto. Los datos del sistema de videovigilancia están protegidos para su privacidad siguiendo las recomendaciones de HIPAA. Al adherirse a las leyes del estado de California, no se está utilizando ninguna grabación auditiva. En determinadas circunstancias, los datos podrán ser compartidos con la policía y/ u otras entidades según requerido por la ley.

Yo entiendo que la videovigilancia puede llevarse a cabo en todas las areas públicas, como las areas de espera, salas de examen y tratamiento y las oficinas de negocios.

PAJE Optometric conserva la propiedad de grabaciones de videovigilancia. Entiendo que el video puede ser visto solo por individuos autorizados de PAJE Opometric o cuando lo requiera la ley.

_____	____/____/____	_____
Firma del Paciente/ Guardian	Fecha	# del Paciente
_____	_____	_____
Nombre de Otro Miembro de la Familia	Nombre de Otro Miembro de la Familia	Nombre de Otro Miembro de la Familia
_____	_____	_____
Nombre de Otro Miembro de la Familia	Nombre de Otro Miembro de la Familia	Nombre de Otro Miembro de la Familia