



FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre de padres o Guardián (si es menor): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ El Sexo: M / F SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_
Nombre de calle Apt Cuidad Estado Código Postal

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro Visión: VSP / Spectera / Superior / Davis / NVA / Eyemed / CHP+ / Medicaid / Medicare / Ninguno / Otro: \_\_\_\_\_

Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

AVISO HIPAA

Reconozco que puedo solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de LONGMONT EYECARE, PLLC (disponible en nuestra recepción). El Aviso proporciona en detalle los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que puede hacer esta práctica, mis derechos individuales, cómo puedo ejercer estos derechos y los deberes legales de la práctica con respecto a mi información.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado Fecha

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo el intercambio de información necesaria para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, incluido el procesamiento de reclamos de seguros a LONGMONT EYECARE, PLLC) y autorizo a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de mi compañía de seguros. Entiendo que todos los beneficios que se me citan no son una garantía de pago por parte de mi compañía de seguros, y que la determinación final solo se puede hacer cuando se procesa el reclamo. Entiendo que si mi seguro no paga algunas tarifas, sigo siendo responsable y se me facturarán por ellas. Las cuentas de 90 días de antigüedad están sujetas a cobros, y habrá un cargo por servicio por cualquier cheque rebotado. Todos los copagos, deducibles y cargos por servicios no cubiertos, según mi contrato de seguro, vencen en el momento en que se prestan los servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado Fecha

COMUNICACIONES Y RECORDATORIOS RELACIONADOS CON LA SALUD A TRAVÉS DE MENSAJES Y CORREOS ELECTRÓNICO

Permito que LONGMONT EYECARE, PLLC se comuniquen y me recuerde sobre mis problemas y citas relacionados con la salud por mensaje de texto y correo electrónico.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado Fecha

CONSENTIMIENTO PARA LENTES DE CONTACTO

La tarifa de ajuste / evaluación de lentes de contacto le proporciona los lentes de contacto de diagnóstico necesarios para que se finalice su receta. Todas las citas de seguimiento relacionadas con sus lentes de contacto (hasta un mes) están incluidas en esta tarifa. Las tarifas de servicio profesional, incluidos los cargos de examen y la tarifa de ajuste de lentes de contacto, no son reembolsables. Según la ley federal, las prescripciones de lentes de contacto expiran un año a partir de la fecha de la instalación.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado Fecha

EXAMEN DE RETINA: DILATACIÓN U OPTOS

Dilatación: Las gotas se utilizan para agrandar la pupila, lo que permite al médico ver una visión más completa de la retina. Las gotas causarán sensibilidad a la luz y visión borrosa, especialmente de cerca durante aproximadamente 2-4 horas. Esto agregará aproximadamente 30 minutos a su examen. No se recomienda conducir mientras los ojos están dilatados.

Optomap: Optos es una imagen digital rápida, indolora y cómoda de la retina. El Optos le permite a su médico confirmar su salud retiniana o descubrir signos de anomalías. Proporciona un registro permanente de su retina que se puede comparar y revisar en el examen del próximo año. Las gotas no son necesarias en la mayoría de los casos. Este es el método preferido del Doctor.

Tenga en cuenta: HAY UN CARGO ADICIONAL DE \$29 POR EL EXAMEN OPTOMAP RETINAL

[ ] DILATACION \$0 OR [ ] OPTOMAP \$29

POR FAVOR, VER A LADO REVERSO Y LLÉNAR

# HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Doctor Reviewed \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

<b>Historia Ocular:</b> Por favor, marque			<b>La fecha del último examen ocular:</b> _____	
Cataratas	Seco de Ojos	Flotadores	Ojo Peresozo/Estrabismo	Pterigi3n
Deficiencia del Color	Cirujía de Ojo	Glaucoma	Degeneraci3n Macular	Ojos Rojos
Retinopatía diabética	Destellos de Luz	Queratocono	Herida en los Ojos	Separaci3n de Retina
Visi3n Doble	Otro: _____			
Historia de la Cirujía Ocular: _____				
¿Llevas gafas? Sí / No	Uso: Distancia / Cerca / Computadora			
¿Usas lentes de contacto? Sí / No	Marca: _____			

<b>Historia Médico:</b> Por favor, marque			<b>La fecha del último examen médico:</b> _____	
Artritis	HIV/AIDS	Enfermedad Respiratoria	Nursing/Pregnant	
Enfermedad autoinmune	Enfermedad de coraz3n	Presion Alta	Alergias	
Asma	Colesterol Alto	Esclerosis múltiple	Enfermedad de tiroides	
Cáncer: _____				
<b>Diabetes:</b> Fecha de Diagn3stico: Tipo I / Tipo II	Last HGA1c: _____			
<b>Medicamentos:</b> _____				
_____				
<b>Alergias:</b> _____				
<b>Cirugías:</b> _____				
<b>Nombre doctor médico/Cuidad:</b> _____				
<b>Nombre de la farmacia/Cuidad:</b> _____				
Fumas productor de tabaco: Nunca fumador / Ex fumador / Ocasional / Todos los días / Años fumado: _____				
<input type="checkbox"/> prefiero discutir mi historial médico directamente con mi médico.				

<b>Historia familiar:</b> Por favor, marque			
Cataratas	Relaci3n: _____	Cáncer	Relaci3n: _____
Glaucoma	Relaci3n: _____	Diabetes	Relaci3n: _____
Queratocono	Relaci3n: _____	Presion Alta	Relaci3n: _____
Degeneraci3n Macular	Relaci3n: _____	Enfermedad de tiroides	Relaci3n: _____
Otro: _____		Relaci3n: _____	

Toda la informaci3n divulgada en este formulario es estrictamente confidencial y cumple con las regulaciones de HIPAA.