



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 O OPTOMAP

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 un procedimiento de imagenología digital de la retina rápido, indoloro y cómodo. Optos permite a su médico confirmar la salud de su retina o detectar signos de anomalías. Proporciona un registro permanente de su retina que puede adquirirse y revisarse en su próximo examen anual. En la mayoría de los casos, no se requieren gotas. Este es el método preferido por el médico.

☐ DILATACION \$0

☐ OPTOMAP \$29

POR FAVOR, VER A LADO REVERSO Y LLÉNAR

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Historia Ocular: Por favor, marque

La fecha del último examen ocular: _____

Cataratas	Seco de Ojos	Flotadores	Ojo Peresozo/Estrabismo	Pterigión
Deficiencia del Color	Cirujía de Ojo	Glaucoma	Degeneración Macular	Ojos Rojos
Retinopatía diabética	Destellos de Luz	Queratocono	Herida en los Ojos	Separación de Retina
Visión Doble	Otro: _____			
Historia de la Cirugía Ocular: _____				
¿Llevas gafas? Sí / No		Uso: Distancia / Cerca / Computadora		
¿Usas lentes de contacto? Sí / No		Marca: _____		

Historia Médico: Por favor, marque

La fecha del último examen médico: _____

Artritis	HIV/AIDS	Enfermedad Respiratoria	Nursing/Pregnant
Enfermedad autoinmune	Enfermedad de corazón	Presion Alta	Alergias
Asma	Colesterol Alto	Esclerosis múltiple	Enfermedad de tiroides
Cáncer: _____			
Diabetes: Fecha de Diagnóstico: Tipo I / Tipo II		Last HGA1c: _____	

Medicamentos: _____

Alergias: _____

Cirugías: _____

Nombre doctor médico/Cuidad: _____

Nombre de la farmacia/Cuidad: _____

Fumas productor de tabaco: Nunca fumador / Ex fumador / Ocasional / Todos los días / Años fumado: _____

☐ prefiero discutir mi historial médico directamente con mi médico.

Historia familiar: Por favor, marque

Cataratas	Relación: _____	Cáncer	Relación: _____
Glaucoma	Relación: _____	Diabetes	Relación: _____
Queratocono	Relación: _____	Presion Alta	Relación: _____
Degeneración Macular	Relación: _____	Enfermedad de tiroides	Relación: _____
Otro: _____		Relación: _____	

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