

EYES OF THE SOUTHWEST----- Información del Paciente Nuevo

INFORMACION PERSONAL (Letra de molde por favor)

Nombre _____ Fecha _____

Fecha De Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Hombre/Mujer _____

Direccion Postal _____
Calle/ PO Box Cuidad Estado Codigo Postal

Direccion De Correo Electronico _____ @ _____

Numero de Telefono—Hogar _____ Celular _____ Trabajo _____

Ocupación _____ Empleador _____

Direccion de Trabajo _____ Telefono _____

Estado Marital—Soltero/a _____ Casado/a _____ Vuido/a _____ Divorciado/a _____

Esposo/a _____ Empleador _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Direccion _____

Doctor Principal _____ Numero de Telefono _____

Pharmacia _____ Numero de Telefono _____

Quien lo Refirió _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (A quien se le notifica en caso de emergencia? (Familiar o Amistad))

Nombre _____ Relación _____

Direccion _____

Números de Telefono—Hogar _____ Celular _____ Trabajo _____

COMPLETE ESTA SECCION SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 ANOS DE EDAD O ESTUDIANTE

Nombre de Padre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Empleador _____ Direccion _____

Numero de Telefono—Hogar _____ Celular _____ Trabajo _____

Nombre de Madre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Empleador _____ Direccion _____

Numero de Telefono – Hogar _____ Celular _____ Trabajo _____

Autorización para divulgar información confidencial: Al firmar abajo, autorizo a Eyes of The Southwest a divulgar información y registros con respecto a mi condición médica y tratamientos médicos y quirúrgicos a mis otros proveedores de atención médica y a mis aseguradoras.

Consentimiento de fotografía: Como parte de mis exámenes de hoy y en el futuro, entiendo que puedo ser fotografiado para los expedientes médicos, diagnósticos y verificación de seguro. Al firmar abajo, le doy permiso a Eyes of The Southwest para tomar fotografías para los expedientes mencionados anteriormente hoy y en visitas futuras.

Información sobre las gotas para dilatar los ojos: Las gotas para dilatar se usan para agrandar las pupilas del ojo y permitir que su médico pueda ver mejor el interior de su ojo. Las gotas dilatadoras frecuentemente confunden la visión durante un período de tiempo que varía de persona a persona y puede hacer que las luces brillantes sean molestas. No es posible predecir cuánto afectará su visión. Debido a que la conducción puede ser difícil después, le recomendamos que no conduzca durante las 24 horas posteriores a su examen de hoy. También debe tener cuidado al caminar, ya que puede ser más difícil ver o juzgar los peligros potenciales. Las reacciones dilatorias pueden desencadenar reacciones adversas, como el glaucoma agudo de ángulo cerrado. Esto es extremadamente raro y generalmente se puede tratar con atención médica inmediata. Al firmar abajo, autorizo a los médicos y / o asistentes a administrar gotas para dilatar los ojos. Las gotas para los ojos pueden ser necesarias para diagnosticar mi condición.

Aviso sobre los cobros de refracción: La mayoría de los seguros médico, incluido Medicare, NO cubren las refracciones de rutina. Si desea una receta para anteojos, nuestro cobro para la refracción es \$40.00 y este cobro se cobra en el momento del servicio, además de cualquier copago que su plan pueda requerir. Si su cita es únicamente para obtener una receta para anteojos, nuestro cobro de oficina es de \$60.00. Si tiene un plan de visión, es su responsabilidad informarnos antes de su visita. Nos reservamos el derecho de determinar si facturamos su visión o seguro médico. Al firmar abajo, reconozco que soy responsable de los cargos relacionados con la refracción.

Poliza de cancelación: Entiendo y acepto que avisaré con 24 horas de anticipación si no puedo hacer una cita programada. Se cobrará un cargo de \$35.00 a mi cuenta por las citas perdidas o rotas sin aviso de 24 horas. Al firmar abajo, reconozco que he leído y entiendo la poliza de cancelación. Entiendo que si llego a la hora programada de mi cita y/o no lo suficientemente temprano para completar los formularios según las instrucciones, es posible que me cancelen o reprogramen si el llenado de los formularios excede el tiempo de mi cita en 15 minutos.

Asignación financiera y acuerdo: Recuerde que el seguro se considera un método para reembolsar al paciente los honorarios pagados al médico y no es un sustituto del pago. Algunas compañías pagan asignaciones fijas para ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar cualquier deducible, coseguro o cualquier otra balanza no pagado por su seguro. Para controlar el costo de las facturas, solicitamos que sus cargos por visitas al consultorio y procedimientos se paguen al final de cada visita, a menos que esté cubierto por Medicare, en cual caso usted sería responsable de su deducible o coseguro. Se cobrará un cargo de \$50.00 por cheques con fondo insuficientes.

Al firmar abajo, solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare y / o del seguro se realice en mi nombre por cualquier servicio que me proporcione. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar al Centro de Servicios de Medicare y Medicaid, a sus agentes o a cualquier compañía de seguros que pueda tener, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

Este acuerdo permanecerá en efecto hasta que yo lo revoque por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válida como original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por dicho seguro. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago.

Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Eyes of the Southwest.

Firmado _____ Fecha _____
Firma del paciente Guardián legal

HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE

Nombre: _____

Historia Ocular:

¿Utiliza lentes? SI NO

¿Utiliza lentes de contacto? SI NO

Si afirmativo, cual marca? _____

¿Gustaría examen para lentes de contacto hoy? SI NO

¿Tiene alguna de las siguientes inquietudes sobre su visión?

- Vista Borrosa Dolor de Cabeza Vista Doble Fatiga Visual Mala Visión Nocturna
 Visión Distorsionada Sensibilidad a la Luz Destello Visión Fluctuante

Algunas otras inquietudes o preocupaciones: _____

Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones oculares?

- Cataratas Glaucoma Degeneración Macular Diabetes Queratocono Ojo Vago
 Ojos Secos Infección/Inflamación Excesivo uso de lentes de contacto Condición de la retina Trauma/ Lesión Ocular
Porfavor enumere diagnosticos oculares adicionales

¿Alguna vez ha tenido cirugías oculares?

SI No Si afirmativo, porfavor enumere:

¿Alguna vez ha tenido cirugías?

SI No Si afirmativo, porfavor enumere:

¿Es alérgico a algo de lo siguiente?:

- Aspirina Penicillina Codeína Acrílico Metal Látex Sulfa

Otras Si afirmativo, porfavor enumere: _____

¿Ha tenido algún problema con la anestesia? SI No Si afirmativo, porfavor enumere:

Enumere medicamentos recetados y de venta libres (Incluyendo gotas para los ojos):

¿Tiene ojos secos? SI No

Si afirmativo, cuales gotas, medicamentos, y/o tratamientos ha usado?

Gotas de lágrimas artificiales → *conservante* *sin conservantes*

Tapones Puntuales

Xiidra

Restasis

Miebo

Blephex

Tearcare

Expresión de la glándula

IPL

Prokera

Otras: _____

Verifique cualquier enfermedad que sea hereditaria en su familia (solo pariente consanguíneo) y enumere la relación con usted.

- Cataratas Glaucoma Degeneración Macular Queratocono Ojo Vago Condición de la retina Diabetes
 Nefropatía Enfermedad Cardíaca Presión Alta Otra (especifique) _____

Relación: _____

Usted fuma? SI No Si afirmativo, cuanto _____
Usted toma alcohol? SI No Si afirmativo, cuanto _____
Drogas recreativas? SI No Si afirmativo, cuanto _____

Revisión de Sistemas:

Por favor, marque cualquier condición que tenga:

Constitucional

- Discapacidades
- Cancer Tipo: _____
- Pérdida de peso involuntaria
- Embarazo

ONT

- Pérdida de audición
- Sinusitis
- Boca Seca
- Laringitis

Neurological

- Esclerosis Múltiple
- Epilepsia
- Parálisis Cerebral
- Tumor
- Ataque/Derrame cerebral
- Migraña

Psicológico

- Depresión
- Déficit de atención
- Trastorno de Ansiedad
- Trastorno Bipolar

Cardiovascular

- Hipertensión
- Ataque/Derrame cerebral
- Enfermedad Cardíaca
- Enfermedad de VaSallar
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Soplo Cardíaco
- Arritmia
- Marcapasos

Respiratorio

- Asthma
- Bronchitis
- Enfisema
- Obstrucción Crónica
- Apnea del sueño

Genitourinario

- Nefropatía
- Enfermedad de la próstata/cáncer

Gastrointestinal

- Crohn's
- Colitis
- Úlcera
- Reflujo Ácido
- Enfermedad Celíaca

Musculoskeletal

- Arthritis
- Osteoarthritis
- Fibromyalgia
- Distrofia Muscular
- Espondilitis Anquilosante
- Osteoporosis
- Gusto

Dermatológico

- Eczema
- Rosácea
- Psoriasis
- Herpes Simplex/Herpes Labial
- Herpes Zóster/Shingles

Endocrino

- Diabetes Mellitus tipo 1
- Diabetes Mellitus tipo 2
- Disfunción Tiroidea
- Disfunción Hormonal

Hematológico/Linfático

- Anemia
- Gran volumen de pérdida de sangre
- Úlcera
- Colesterol Alto

Allergies/Inmune

- Alergias Ambientales
- Artritis Reumatoide
- Lupus
- Síndrome de Sjogren

Patient/ Legal Guardian Signature _____

Date: _____

Por la presente autorizo a los médicos y al personal de Eyes of The Southwest, P.C. para divulgar mi archivo / registro médico y / o muestras de medicamentos o información de citas a la(s) siguiente (s) persona (s) si por alguna razón no puedo hacerlo personalmente:

(Ejemplo: miembro de la familia, amigo, etc.)

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Firmado _____
Firma del paciente Guardián Legal (Nombre impreso)

Fecha de Nacimiento

Fecha

EYES OF THE SOUTHWEST-----Patient Information

PERSONAL INFORMATION (Please Print)

Name _____ Date _____

Date of Birth ____/____/____ Age _____ M/F _____

Mailing Address _____
Street / PO Box City State Zip Code

E-MAIL ADDRESS _____ @ _____

Phone Numbers: Home _____ Cell _____ Work _____

Prefers: Text _____ Email _____ Phone Call _____

Occupation _____ Employer _____

Work Address _____ Work Phone _____

Marital Status Single Married Widowed Divorced

Spouse Name _____ Employer _____

Spouse Date of Birth ____/____/____ Address _____

Primary Care Doctor _____ Phone Number _____

Pharmacy Name _____ Phone Number _____

Referred by _____

EMERGENCY CONTACT who to notify in case of an emergency (nearest relative or friend)?

Name _____ Relationship _____

Address _____

Phone Numbers: Home _____ Cell _____ Work _____

COMPLETE IF PATIENT IS UNDER 18 YEARS OLD OR A STUDENT

Name of Father _____ Date of Birth ____/____/____

Employer _____ Address _____

Phone Numbers: Home _____ Cell _____ Work _____

Name of Mother _____ Date of Birth ____/____/____

Employer _____ Address _____

Phone Numbers: Home _____ Cell _____ Work _____

Authorization to Release Confidential Information: By signing below, I authorize Eyes of The Southwest to disclose information and records regarding my medical condition and medical and surgical treatment(s) to my other health-care providers and to my insurance carriers.

Photography Consent: As part of my examinations today and in the future, I understand that I may be photographed for medical charting, diagnostic purposes, verification of insurance. By signing below, I give Eyes of The Southwest permission to take photographs for the above listed purposes today and in future visits.

Information Regarding Dilating Eye Drops: Dilating drops are used to enlarge the pupils of the eye to allow your doctor to get a better view of the inside of your eye. Dilating drops frequently blur vision for a length of time which varies from person to person and may make bright lights bothersome. It is not possible to predict how much your vision will be affected. Because driving may be difficult afterwards, you are advised not to drive yourself for 24 hours after your examination today. You also should be careful when walking as it may be harder to see or judge potential hazards. Adverse reactions, such as acute angle-closure glaucoma, may be triggered from the dilating drops. This is extremely rare and usually treatable with immediate medical attention. By signing below, I hereby authorize the doctors and/or assistants to administer dilating eye drops. The eye drops may be necessary to diagnose my condition.

Notice Regarding Refraction Fees: Most medical insurance plans, including Medicare do **NOT** cover routine refractions. If you want a prescription for eyeglasses, our office fee for refraction is **\$40.00** and this fee is collected at the time of service **in addition to** any co-payment your plan may require. If your appointment is solely to obtain a prescription for eyeglasses, our office fee is **\$60.00**. If you have a vision plan it is your responsibility to let us know before your visit. We reserve the right to determine whether to bill your vision or medical insurance. By signing below, I acknowledge that I am responsible for the charges related to refraction.

Cancellation Policy: I understand and agree that I will give 24-hour notice if unable to make a scheduled appointment. A charge of \$35.00 will be assessed to my account for missed appointments without 24-hour notice. By signing below, I acknowledge that I have read and understand the Cancellation Policy. I understand that if I arrive at my scheduled appointment time and/or not early enough to fill out forms as instructed, I may be cancelled or rescheduled if filling out forms exceeds my appointment time by 15 minutes.

Financial Assignment and Agreement: Please remember that insurance is considered a method of reimbursing the patient for fees paid to the doctor and is not a substitute for payment. Some companies pay fixed allowances for certain procedures, and others pay a percentage of the charge. It is your responsibility to pay any deductible amount, co-insurance, or any other balance not paid for by your insurance. In order to control the cost of billings, we request that your charges for office visits and procedures be paid at the conclusion of each visit unless you are covered by Medicare, in which case you would be responsible for your deductible or co-insurance. A \$50.00 fee will be assessed for non-sufficient checks.

By signing below, I request that payment of authorized Medicare and/or insurance benefits be made on my behalf for any services furnished me. I authorize any holder of medical information about me to release to the Center for Medicare and Medicaid Services, its agents, or any insurance carrier I may have, any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related services.

This agreement will remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as an original. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by said insurance. I hereby authorize said assignee to release all information necessary to secure the payment.

By signing below, I acknowledge that I have received a copy of the Privacy Practices Notice from Eyes of the Southwest.

Signed _____ Date _____
Patient or Legal Guardian Signature

PATIENT MEDICAL HISTORY FORM

Patient Name: _____

Personal Ocular History:

Do you wear glasses? Yes No

Do you wear contact lenses? Yes No

If yes, what brand are they? _____

Do you want a contact lens exam today? Yes No

Do you have any of the following vision concerns?

- Blurry Vision Frontal Headache Double Vision Eyestrain Poor Night Vision
 Distorted Vision Severe Sensitivity to Light Glare Fluctuating Vision

Please list any additional vision concerns: _____

Have you ever been diagnosed with any of the following ocular conditions?

- Cataracts Glaucoma Macular Degeneration Diabetic Retinopathy Keratoconus Lazy Eye
 Dry Eye Eye Infection/Inflammation Contact Lens Overwear Retinal Condition Eye Trauma/Injury

Please list any additional diagnosed ocular conditions

Have you ever had any ocular surgeries?

Yes No If yes, please list: _____

Have you ever had other surgeries?

Yes No If yes, please list: _____

Are you allergic to any of the following:

- Aspirin Penicillin Codeine Acrylic Metal Latex Sulfa drugs

Other If yes, please explain: _____

Have you had any issues with anesthesia? Yes No If yes, please explain: _____

Current Prescription and Non-Prescription Medications (Including eye drops):

Do you have dry eye? Yes No

If yes, what drops, medications, and/or treatments have you used?

Artificial tears → preservative non-preservative

Punctal plugs

Xiidra

Restasis

Miebo

Blephex

Tearcare

Gland expression

IPL

Prokera

Other: _____

Check any disease that run in your family (blood relative only) and list relation to you.

- Cataracts Glaucoma Macular Degeneration Keratoconus Lazy Eye Retinal Detachment Diabetes

Kidney Disease Heart Disease High Blood Pressure Other (specify) _____

Relation: _____

Do you smoke? Yes No If yes, how much _____
 Drink alcohol? Yes No If yes, how much _____
 Recreational Drugs? Yes No If yes, how much _____

Review of Systems

Please mark any condition you currently have:

Constitutional

- Developmental Disabilities
- Cancer Type: _____
- Unintentional Weight Loss
- Pregnant

ENT

- Hearing Loss
- Sinusitis
- Dry Mouth
- Laryngitis

Neurological

- Multiple Sclerosis
- Epilepsy
- Cerebral Palsy
- Tumor
- Stroke/CVA
- Migraine

Psychological

- Depression
- Attention Deficit
- Anxiety Disorder
- Bipolar Disorder

Cardiovascular

- Hypertension
- Stroke/CVA
- Heart Disease
- Vascular Disease
- Congestive Heart Failure
- Heart Murmur
- Irregular Heartbeat
- Pacemaker

Respiratory

- Asthma
- Bronchitis
- Emphysema
- Chronic Obstruction
- Sleep Apnea

Genitourinary

- Kidney Disease
- Prostate Disease/Cancer

Gastrointestinal

- Crohn's
- Colitis
- Ulcer
- Acid Reflux
- Celiac Disease

Musculoskeletal

- Arthritis
- Osteoarthritis
- Fibromyalgia
- Muscular Dystrophy
- Ankylosing Spondylitis
- Osteoporosis
- Gout

Dermatological

- Eczema
- Rosacea
- Psoriasis
- Herpes Simplex/Cold Sores
- Herpes Zoster/Shingles

Endocrine

- Type 2 Diabetes Mellitus
- Type 1 Diabetes Mellitus
- Thyroid Dysfunction
- Hormonal Dysfunction

Hematologic/Lymphatic

- Anemia
- Large-Volume Blood Loss
- Ulcer
- High Cholesterol

Allergic/Immune

- Environmental Allergies
- Rheumatoid Arthritis
- Lupus
- Sjogren's Syndrome

Patient/ Legal Guardian Signature _____

Date: _____

I hereby authorize doctors and staff of Eyes of The Southwest, P.C. to release my file/medical record, and/or medication samples or appointment information to the following person(s) if for any reason I am unable to do so personally:

(Example: Family member, Friend, etc.)

Name _____ Relationship _____

Name _____ Relationship _____

Name _____ Relationship _____

Name _____ Relationship _____

Patient or Legal Guardian Signature

Name (Printed)

Date of Birth

Date