

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 _____ Ciudad _____ 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