

El Formulario De Paciente Información

Nombre: _____ Fecha: _____

Tiene lentes? Circule SI/NO

- Todo el tiempo
- Manejando
- Ocasionalmente
- Viendo la tele
- Leyendo
- Computadora

Tiene lentes de contacto?

- Si
- No

Si tiene, por favor ponga sus iniciales para decir que entiende que va ver un costo adicional para la evaluación de contactos ____

Lista De Síntomas

Por Favor Marque Las Que Applique

Lista De Cirugías

OJOS

- Resequedad
- Comezon
- Ardiente
- Mojado/Llorosa
- Secrecion/costras
- enrojecimiento
- Dolor
- Tenso
- Arenoso
- Parpado caido
- Contraccion de Parpado

Otro _____

VISION

- Visión Borrosa- Distancia
- Visión Borrosa- Cerca
- Visión Doble
- Visión De Noche Pobre
- Destellos/Halos
- Sensible A Luz
- Flotadores
- Luces Parpadeantes

Otro _____

CIRUGÍAS

- Cirugia De Cataratas
- Cirugia De Glaucoma
- Inyección para Degeneración Macular
- Cirugía de Retina
- Cirugia Corneal
- Estrabismo/Cirugia De el Músculo del

HISTORIA DE OJÓS PRESENTE Y PASADO

Contesta Si, No O Previamente

- _____ Cataratas
- _____ Glaucoma
- _____ Degeneracion Macular
- _____ Enfermedad De La Retina o Desapego
- _____ Enfermedad De La Córnea
- _____ Infecciones De Ojos
- _____ Lesion De Ojo/Trauma
- _____ Temporal Perdida De Vision
- _____ Cruzado/Ojo Vago

HISTORIA OCULAR DE FAMILIA

(Madre, Padre, Hermanos O Abuelos)

Contesta Si O No

- _____ Degeneracion Macular
- _____ Glaucoma
- _____ Enfermedad de córnea
- _____ Cruzado/ Ojo Vago
- _____ Cataratas
- _____ Degeneración De Retina
- _____ Otro

Dale Vuelta A La Pagina



El Formulario De Paciente Información

Nombre: _____ Fecha: _____

HISTORIA MÉDICA PRESENTE Y PASADA

Contesta Si, No o Previamente

- _____ Diabetes
- _____ Nivel De A1C
- _____ Hipertension
- _____ Colesterol Alto
- _____ Cardioapia
- _____ Asma/Enfermedad pulmonar
- _____ Nefropatia
- _____ Artritis/Enfermedad Autoinmune
- _____ Enfermedad De Tiroides
- _____ Migraña
- _____ Alergias
- _____ Ansiedad/Depresión
- _____ Accidente Cerebrovascular
- _____ Enfermedad De Corazón
- _____ Canser
- _____ Culebrilla
- _____ Actualmente Embarazada O Amamantando
- _____ Nacimiento Prematuro
- _____ SIDA/ VIH

Médico de Atención Primaria _____

Ubicacion _____

Ultimo Examen Medica _____

Lesiones, Sirugias,
Hospitalizacion _____

Otra Historia Medica No Listada

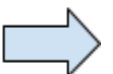
HISTORIA MEDICA FAMILIAR

(Diabetes, Hipertension, Cardiopatia, Cáncer, Artritis, Lupus, Nefropatia -Indica Madre, Padre, Hermano(a) or Abuelo).

MEDICAMENTOS RECETADOS ACTUALES

ALERGIAS A MEDICAMENTOS O OTRAS SUSTANCIAS

Dale Vuelta A La Pagina



El Formulario De Paciente Información

Nombre Del Paciente : _____ SS# _____
Dirección: _____ Correo Electrónico: _____
Ciudad _____ St _____ Zip _____ Ocupacion _____
Dirección de la Factura _____ Empleador /Escuela _____
Ciudad _____ St _____ Zip _____ Cónyuge del Paciente _____
Número Celular _____ (Si es menor) Nombre de los Padre(s) del Paciente: _____
Número De Casa _____
Número De Trabajo _____
Fecha De Nacimiento _____ Edad _____ Sexo Al Nacer _____ Pronombre Preferido _____

Nombre de la persona responsable por esta cuenta:

Yo mismo

Otro _____ Relación al paciente _____

Por favor escriba su planes de seguro médico abajo y presente su identificación de foto y las tarjetas de seguro a la recepcionista

Plan De Visión Primaria _____ Nombre De Scriptor _____ Fecha de Nacimiento _____

Plan De Visión secundaria _____ Nombre De Scriptor _____ Fecha De Nacimiento _____

Plan Médico Primario _____ Nombre De Scriptor _____ Fecha de Nacimiento _____

Plan Médico Secundario _____ Nombre De Scriptor _____ Fecha De Nacimiento _____

Por Favor Lea y Firma LOS DOS X(s)

Yo estoy de acuerdo que soy personalmente y totalmente responsable por pagar por todos los servicios, gafas, lentes de contacto y otros productos recibidos. Yo entiendo que todos las gafas y lentes de contacto deben de ser pagados por completo al momento del pedido. Yo además soy responsable de los costos incurridos de las cuotas no pagadas. Por la presente autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a Poulsbo Eyecare y soy financieramente responsable de todos los servicios no cubiertos. Yo también soy responsable de los costos incurridos de las cuotas de servicios no cubiertos. Autorizo al médico a divulgar cualquier información requerida para procesar los reclamos de seguro.

X _____ Fecha _____ Guardián sí/no

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Reconozco que yo tengo acceso a una copia del Aviso de Privacidad Práctica de esta oficina. (una copia es localizada en el mostrador de recepción para usted. A su petición, una copia será proporcionada a usted.)

X _____ Date _____ Guardian yes/no