

Spec Rx:
OD:
OS:
Add: +

SV

DVA (cc/sc)
10/
10/

NVA (cc/sc)
20/
20/

Distinct Eye Care Bienvenido a Nuestra Oficina

Fecha ___/___/___

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del Nombre Mediano _____

Edad ___ Día de nacimiento ___/___/___ Sexo (H/M) ___ Nombre de Padre/Guardián _____

Si tenemos que contactar a usted, escriba:

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ___ Código postal _____

Número de teléfono de la casa (____) ____ - _____ Numero de Trabajo/Celular (____) ____ - _____

Dirección de e-mail _____ Ocupación del paciente _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Número de teléfono _____

Tiene seguro usted? Sí No (Si No, por favor de llenar la caja desde abajo)

INFORMACION DEL SEGURO

Plan de la Vista	Seguro Medical Primario	Seguro Medical Secundario
Compañía	Compañía	Compañía
#de Teléfono	#de Teléfono	#de Teléfono
# Póliza/ID	# Póliza/ID	# Póliza/ID
# del Grupo	# del Grupo	# del Grupo
Persona Primaria de Póliza	Persona Primaria de Póliza	Persona Primaria de Póliza
Empleador	Empleador	Empleador
#de Seguro Social	#de Seguro Social	#de Seguro Social

Como encontró de nuestra oficina? Familia/Amigos Seguro Internet Otro _____

HISTORIA MEDICAL

Día del último examen del ojo ___/___/___ Nombre del doctor _____

Día del último examen físico ___/___/___ Nombre del doctor _____

Usa contactos/pupilentes? ___ Que tipo? _____

Quiere probar contactos? ___ Que tipo? _____

Tiene ahora o ha tenido en la vida problemas con:

SALUD OCULAR

- | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vista borrosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Visión doble | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sueno con leer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enrojecido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seco/Lagrimas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comezón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Catarata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manchas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lucitas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infección del ojo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirugías del ojo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heridas del ojo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ojo flojo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otro: | | |

SALUD MEDICAL

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diabetes (<u>Tipo: I o II</u>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colesterol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ulcera del Estomago | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer (Tipo: _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de Sinus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depresión/Ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herpes Oral/Genital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Otro:

Esta embarazada o Criando? Sí No

Por favor lista sus **MEDICINAS/VITAMINAS:** (No Tomo nada)

Por favor lista todas sus **ALERGIAS:** (Nada que yo sepa)

Fuma? Sí No Lista sus **PASATIEMPOS:** _____

Diga nos la **HISTORIA FAMILIAL** de:

	Sí	No	Miembro de Fam.		Sí	No	Miembro de Fam.
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfermed. de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermed. de Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfermed. de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ojo flojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DILATACION

La dilatación de los ojos implica la instilación de gotas para abrir las pupilas. Este procedimiento permite el/la doctor(a) a examinar la salud detrás del ojo (la retina). La dilatación puede identificar condiciones amenazadoras como hoyos, rotos, catarata, y glaucoma. También dilatación puede determinar los efectos visuales de enfermedades sistémicas como diabetes, alta presión, and colesterol. La dilatación es muy recomendado para los pacientes con estas enfermedades porque ellas pueden causar la pérdida de vista. Los efectos secundarios de la dilatación incluye la vista borrosa cerca y sensibilidad a la luz, quienes pueden durar por cuatro a seis horas. **No hay costo adicional para este procedimiento.** ESCOJA ABAJO:

- Sí, quiero que me ojos sean dilatados.
- NO, no quiero que me ojos sean dilatados.
- Quiero hablar con el/la doctor(a) sobre este procedimiento.

OPTOMAP

El **Optomap** (imagen digital de la retina) es un instrumento diagnóstico recomendado para cada paciente. Este imagen ayuda al doctor examinar y seguir la salud de los ojos. Con este instrumento, podemos ver problemas como degeneración macular, glaucoma, hoyos de la retina, separaciones retinal, diabetes, y alta presión todo **sin dilatación** para la mayoría de pacientes.

ESCOJA ABAJO:

- Sí, quiero el Optomap. El costo es solo \$40.00
- Sí, quiero los dos: el Optomap y la dilatación. El costo es solo \$40.00.
- No quiero el Optomap.

La firma del Paciente/Padre/Guardián _____ Fecha ____ / ____ / ____

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad
(Por favor de ver la forma laminada detrás de esta página)

La ley requiere que Distinct Eye Care, INC. haga todo esfuerzo a informarle a Ud. de sus derechos sobre su información médica personal. Al firmar abajo, yo reconozco que:

- Yo leí o se me explicó el Aviso de Prácticas de Privacidad de Distinct Eye Care, INC., y CONSIENTO a continuar mi tratamiento por Distinct Eye Care, INC. bajo los términos mencionados.

- Yo tenía la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad de Distinct Eye Care, INC. y LA REHUSE, pero quiero continuar mi tratamiento con Distinct Eye Care, INC. bajo los términos de las Prácticas de Privacidad de Distinct Eye Care, INC. (Por favor de escribir los términos que usted no está de acuerdo con _____).

- El Aviso de Prácticas de Privacidad no podía leer por la emergencia de mi tratamiento o por las razones siguientes: _____.

Por favor de escribir todas las personas quienes pueden tener acceso a su información de la salud (por ejemplo: su esposo(a), pareja, hijo(a), amigo(a), etc.):

Nombre	Relación
_____	_____
_____	_____
_____	_____

LEÍ Y ENTIENDO ESTE DOCUMENTO. LO FIRMO VOLUNTARIAMENTE.

Paciente/Padre/Guardián Fecha

Si usted, está firmando como representante personal del paciente, por favor indique su relación.

Representante Relación al paciente

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS SIN POSIBILIDAD DE REEMBOLSO & AUTORIZACION DE SEGURO

Yo entiendo que cada y todos los servicios que yo recibo a la oficina de Distinct Eye Care NO son reembolsables.
Yo certifico que la información dado por mi parte en aplicar para el pago del seguro es cierto y correcto. Yo autorizo mi doctor y sus empleados a actuar como mi agente en obtener pago por mi seguro. Yo autorizo que el pago de los beneficios sea hecho directamente a Distinct Eye Care, Inc. por mi parte para cualquier servicio dado. Yo autorizo cualquiera compañía que tiene mi información medical a determinar beneficios del seguro para servicios relacionados. La firma abajo autoriza la liberación de mi información medical al seguro o la agencia dado. En el caso de que mi seguro no cubre algún porción de mi visita. Yo reconozco que soy responsable por cada co-pagado y/o pago para servicios hecho.

La firma del Paciente/Padre/Guardián _____ Fecha ____ / ____ / ____