

Spec Rx: _____ DVA (cc/sc) _____ NVA (cc/sc) _____ Blood Pressure _____ / _____
 OD: _____ 10/ _____ 20/
 OS: _____ 10/ _____ 20/
 Add: + _____ SV

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? ____ ¿Qué tipo? _____

¿Quiere probar contactos? ____ ¿Qué tipo? _____

Tiene ahora o ha tenido en la vida problemas con:

SALUD OCULAR	SÍ	NO	SALUD MEDICAL	SÍ	NO
Vista borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (Tipo: I o II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sueno con leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enrojecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seco/Lagrimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera del Estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer (Tipo: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lucitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión/Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección del ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugías del ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heridas del ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes Oral/Genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojo flojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:			Otro:		

¿Está embarazada o Criando? Sí No

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

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

¿Fuma? Sí No Liste 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 recomendada para los pacientes con estas enfermedades porque ellas pueden causar la pérdida de vista. Los efectos secundarios de la dilatación incluyen la vista borrosa cerca y sensibilidad a la luz, quienes pueden durar por cuatro a seis horas. **No hay costo adicional para este procedimiento el día de su examen completo.** 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.

FOTOGRAFIA DE LA RETINA

Fotos de la Retina (imágenes de la retina) **son recomendados para cada paciente por la Doctora Reese.** Esta foto ayuda a la doctora examinar y seguir la salud de los ojos. Con este instrumento, podemos ver problemas como degeneración macular, glaucoma, hoyos de la retina, separaciones de la retina, diabetes, y alta presión.

ESCOJA ABAJO:

Sí, quiero la foto. El costo es \$39.00
 No. No quiero la imagen. Yo entiendo que la imagen ayuda a mi doctor(a) examinar mis ojos más profundamente.

EL CAMPO VISUAL EXAMEN DE BIENESTAR

El campo visual examen de bienestar es recomendado para evaluar su vista peripheral. Esto nos ayuda ver una pérdida de vista sutil que no podemos ver con un examen rutina solamente. Recomendamos esta prueba especialmente para los pacientes que tienen dolores de cabeza o un tipo de molestia de la vista.

ESCOJA ABAJO:

Sí, quiero el campo visual. El costo es \$25.00 NO, gracias.

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

**PATIENT PORTAL
&
CONTACT LENS EXAM AGREEMENT**

Ud. tiene acceso a su receta para anteojos y lentes de contacto cuando quiera en nuestro portal por el internet. Su nombre de usuario y contraseña temporal está en su recibo o será enviado a Ud. vía email (correo electrónico). Si no puede acceder su receta vía el portal favor de llamar nuestra oficina. Ud. Puede cambiar su contraseña temporal cuando quiera en nuestro portal bajo "Account."

Hay un costo separado para una receta de lentes de contacto. Esto es el cargo para el examen de lente de contacto. Su seguridad puede o no puede cubrir este cargo. Nuestro personal le dirá cuánto cuesta el cargo para el examen. Tiene dos meses para regresar a nuestra oficina si necesita un examen de seguimiento de lentes de contacto sin pagar otro cargo. Después de dos meses será otro cargo.

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 _____).

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 alguna 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 ____/____/____