

El Paso Optical

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____ Primer Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de su hogar _____ de Trabajo _____ de Celular _____

Sexo: Masculino (o) Femenino Fecha De Nacimiento _____ Años _____

Seguro Social _____ Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Otro _____

ORIGEN ETHNICO/RAZA: Americano Hispánico / Latino Nativos
 Americanos/Alaskan Blanco Asiático Nativo de Hawái/Las Islas del Pacifico
 No Declarado Otro _____

Idioma Preferido:

Empleador _____ Estado de Empleo: Medio Tiempo (o) Tiempo Completo

Ocupación _____ Correo Electrónico _____

Contacto de Emergencia

Primer Nombre _____ Relación al Paciente _____ Número de Teléfono _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Internet Lista de seguridad Centro Laser YELP Otro
 Familia/Amigo _____ Oficina de Doctor: _____

Cobre al seguro por el examen S/N _____ Fotografía Retina S/N _____ Recibí/leí la forma de las Pólizas de Pago _____
(iniciales) (iniciales) (iniciales)
 Recibí/leí la forma de la ley de privacidad HIPAA _____ Recibí/leí la forma de las Pólizas de la Oficina _____
(iniciales) (iniciales)

Información del seguro

Seguro Medico _____ Número de la Póliza (ID#) _____

Tenedor de una póliza _____ Relación al paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Número de Seguro social: _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador _____ Ocupación _____

Teléfono del hogar _____ Teléfono celular _____ Telefono de trabajo _____

Entiendo que mis (o) los expedientes médicos de mis dependientes son confidenciales pero pueden ser revisados por entidades listadas en el formulario de Privacidad de HIPAA. Puedo eliminar este consentimiento por escrito a El Paso Optical. Asigno a El Paso Optical todas las prestaciones del seguro por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos y saldos dejados por mi seguro. En caso de que mi seguro no compense a El Paso Optical por los servicios dentro de 90 días, todos los saldos se convertirán en mi responsabilidad de pagar. También seré responsable de todos los honorarios del abogado y de la agencia de colección. He leído lo anterior y entiendo y reconozco completamente los términos y condiciones establecidos.

Firma _____ Nombre Impreso _____ Fecha _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Años: _____ Ocupación: _____

HISTORIA DE LA SALUD/ REVISIÓN DEL SISTEMA

OJOS: Cuéntenos sobre sus ojos. ¿Cuál es la razón de su visita? Ex: lentes/contactos, ¿perdida de la visión?
 ¿Cuál es su queja principal? (Tiene que ser contestada.) Cerca Lejos Nada Otro (si otro, por favor explique los síntomas)

HISTORIA OCULAR:

Fecha del último examen de la vista: _____ Nombre del último oftalmólogo: _____

¿Usa lentes? S N (o) ¿Usa contactos? S N Nombre/Tipo _____

¿Está interesado en contactos? S N ¿Está interesado en LASIK? S N

Lista todas las enfermedades oculares actuales o pasadas, lesiones o cirugías oculares: _____

HISTORIA FAMILIAR:

¿Se ha diagnosticado algún miembro de su familia con lo siguiente? (por favor circule la relación M=madre / P=padre)

Glaucoma M P Cataratas M P Colesterol alto M P Diabetes M P

HISTORIA DE SALUD:

Médico de atención primaria _____ Teléfono _____

¿TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

Diabetes S N Alta presión S N Colesterol alta S N Embarazada o lactando S N

Enumere todas las principales enfermedades/cirugías en los últimos cinco (5) años: _____

REVISIÓN DEL SISTEMAS: ¿Tiene alguno de los siguientes? Por favor anote y explique en la sección de comentarios.

Cardiovascular	S N	Constitucional	S N	Oído/nariz	S N
Endocrino	S N	inmunológico	S N	Boca/ garganta	S N
Neurológico	S N	Psiquiátric	S N	Músculos/articulaciones	S N
Integumentario	S N	Genitourinario	S N	Huesos	S N
Respiratorio	S N	Hematológico	S N	Gastrointestinal	S N

Comentario: _____

¿USTED USA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

Alcohol S N Fuma S N

Drogas recreativas S N

NOS PROPORCIONA:

Altura _____ (pulgadas)

Peso _____ (libras)

<u>MEDICAMENTOS</u>		<u>ALERGIAS</u>	
Apunte los medicamentos que está tomando.		Apunte todos los medicamentos a los que usted es alérgico	Apunte todos los alérgenos (ambientales)
NADA		NKDA	NKA