

BIENVENIDO/BIENVENIDA A NUESTRA OFICINA – WELCOME TO OUR OFFICE

Fecha _____ Por Favor Use Letra de Molde Primera Visita (Sí/No) _____
Nombre del Paciente _____ Sexo (M/F) ____ Edad ____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Casado (Sí/No) _____
Si está casado(a), Nombre del Esposo(a) _____ Si es Hijo(a), Nombre del Padre/Madre _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono (_____) _____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____
Lugar de Empleo / Escuela _____ Teléfono de Trabajo (_____) _____
Ocupación _____ Número de Medicare _____
Otro Plan de Salud de Grupo y # de Seguro _____ Plan de Cuidado de la Vista/Visión _____
¿Requiere su trabajo cuidado especial de la vista? _____ Si es así, explique _____
Liste sus Actividades / Pasatiempos _____
Fecha de Último Examen: _____ ¿Dónde? _____ ¿Usa lentes de Contacto? Sí No Tipo _____
Doctor _____ ¿Le interesa usar lentes de contacto? Sí No
Razón de la Visita de Hoy: _____
¿Cómo supo o se llegó a enterar de nuestro consultorio? _____
Método de Pago: Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito Otro _____

HISTORIAL MÉDICO:

Doctor _____ Última visita _____ Teléfono (_____) _____
¿Tiene usted? (en el Pasado o Presente) Usted _____ Fuma _____ Bebe _____ Usa Drogas _____
____ Enfermedad Cardíaca _____ Diabetes _____ Enfermedad Grave Medicamentos: _____
____ Presión Sanguínea Alta _____ Enfermedad Pulmonar _____ Cirugía _____
____ Problemas Renales _____ Cáncer _____ Anemia Falciforme _____
____ Ulceras _____ Asma _____ Otra Liste sus Alergias: _____
____ Problemas de Tiroides _____ Problemas de Sinusitis _____
____ Dolores de Cabeza _____ Alergias _____
¿Tiene alguien en su Familia lo siguiente?
____ Diabetes _____ Cáncer _____ Presión Sanguínea Alta
____ Enfermedad Cardíaca _____ Enfermedad Pulmonar _____ Otra _____

HISTORIAL OCULAR:

¿Tiene usted? (Pasado o Presente)
____ Glaucoma _____ Visión Borrosa _____ Destellos _____ Lagrimeo _____ Trauma
____ Cataratas _____ Visión Doble _____ Fatiga Ocular _____ Enrojecimiento _____ Cirugía
____ Ceguera _____ Ve puntos _____ Comezón _____ Desviación Ocular _____ Enfermedad
¿Tiene alguien en su Familia lo siguiente?
____ Glaucoma _____ Ceguera _____ Deg. Macular _____ Enfermedad Ocular _____ Otra _____

Será necesario dilatar sus pupilas para realizar un examen completo y exhaustivo de sus ojos. Esto permite al médico obtener una mejor vista de la parte posterior de sus ojos. Las gotas para dilatar tardan típicamente de 3 a 4 horas. Durante ese tiempo, quizás se le dificulte enfocar al mirar de cerca y tenga sensibilidad a la luz. Se le proporcionarán lentes de sol después de la dilatación. Le recomendamos que tenga cuidado al conducir u operar equipo o maquinaria después de la dilatación. Si siente que no podrá conducir o volver al trabajo, podemos hacer otra cita para la porción de su examen relacionada con la dilatación.
HABIENDO COMPRENDIDO LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA DILATACIÓN: Yo **ACEPTO** **RECHAZO** la Dilatación.
En caso que sea necesario que divulguemos su expediente o lo solicitemos de otro profesional a cargo del cuidado de la salud, se requiere su permiso por escrito. Lea y firme lo siguiente.
POR ESTE CONDUCTO SOLICITO QUE SE DIVULGUE MI EXPEDIENTE MÉDICO / DE LENTES DE CONTACTO AL / DEL DR. PRITCHETT / SIEBERT / BENITZ.
FIRMA DEL PACIENTE (Paciente o Responsable Legal): _____

SI SE APLICA AL CASO, SOLICITO QUE EL PAGO DE MEDICARE U OTRO SEGURO AUTORIZADO SE ME HAGA A MI O A PRITCHETT EYE CARE ASSOCIATES EN MI NOMBRE, POR CUALQUIER SERVICIO QUE SE ME PRESTE. AUTORIZO QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN MÉDICA, PERTINENTE A MI PERSONA PARA DETERMINAR BENEFICIOS Y COBRANZA DEL SEGURO, A LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DE ATENCIÓN MÉDICA U OTRAS AGENCIAS DE SEGUROS.
ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER CARGO QUE NO CUBRA MI COMPAÑÍA DE SEGUROS.

Es regla de esta oficina requerir lo siguiente:

- 1.) Pago total o al menos la mitad antes de realizar la orden.
- 2.) El saldo de la cuenta debe pagarse en el momento de despacharse la orden.
- 3.) Se cobrará un cargo de \$20.00 por cheques devueltos.
- 4.) Toda orden es definitiva una vez hecha.

LE AGRADECEMOS SU TIEMPO AL LLENAR ESTA FORMA Y POR ELEGIRNOS PARA PROPORCIONARLE SERVICIOS DE VISIÓN / SALUD DE LOS OJOS

FIRMA DEL PACIENTE (Paciente o Responsable Legal): _____ FECHA _____