

la bienvenida

Nos complace darle la bienvenida a nuestro práctica. Tómese unos minutos para completar este formulario de la forma más completa posible

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha ____/____/____ Nombre del paciente _____ sexo M / F Años ____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Seguridad Social # _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono móvil (____) _____ Teléfono de casa (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____ Correo electrónico _____	Ocupación del paciente: _____ Paciente Empleador/Escuela _____ Aficiones/Actividades _____ Nombre de la esposa _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Seguridad Social # _____ Si es un paciente nuevo, ¿a quién le podemos agradecer por recomendarlo? _____ _____
--	---

¿Está bien enviar TEXTO?
 Si No

SEGURO

Nombre del suscriptor _____ Relación con el / la paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Seguridad Social # _____ compañía de seguros _____ Número de identificación _____

Historia de salud Ocular

Nombre del médico/clínica _____ Fecha del último examen médico _____ Nombre del oftalmólogo/clínica _____ Fecha del último examen de la vista _____ ¿Usas lentes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Usas contactos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tipo/Marca _____ ¿Está interesado en alguno de los siguientes anteojos?: <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Cirugía de corrección de la visión <input type="checkbox"/>

Coloque una marca para indicar si tiene alguno de los siguientes:

Visión borrosa -Distancia <input type="checkbox"/>	Visión doble <input type="checkbox"/>	Glaucoma <input type="checkbox"/>
Visión borrosa -Cerca <input type="checkbox"/>	Ojos secos <input type="checkbox"/>	Degeneración macular <input type="checkbox"/>
Ojos irritados <input type="checkbox"/>	Infección ocular <input type="checkbox"/>	picazón en los ojos <input type="checkbox"/>
cataratas <input type="checkbox"/>	Herida de ojo <input type="checkbox"/>	Pérdida de visión periférica <input type="checkbox"/>
Visión cromática, mala <input type="checkbox"/>	Dolor de ojo <input type="checkbox"/>	Ojos enrojecimientos <input type="checkbox"/>
Bizco u "ojo vago" <input type="checkbox"/>	Flotadores o manchas <input type="checkbox"/>	viendo destellos <input type="checkbox"/>
Secreción de los ojos <input type="checkbox"/>	Sensibilidad a luz <input type="checkbox"/>	ojos llorosos <input type="checkbox"/>

Otros problemas oculares o cirugías: _____

Historia de salud

Coloque una marca en "Sí" o "No" para indicar si ha tenido alguno de los siguientes:

SIDA/VIH <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fiebre del heno / Alergia al polen <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Artritis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hepatitis (Tipo ____) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Herpes <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Asma <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Alta presión sanguínea <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Condiciones de la piel <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cáncer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Colesterol alto <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Diabetes <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del riñón <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	S.T.I. (Activo) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Enfisema <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Lupus <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Accidente cerebrovascular/ACV <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Epilepsia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Migrañas <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Condiciones de la tiroides <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Otras condiciones médicas no mencionadas anteriormente _____

Dé la vuelta a este formulario y complete el lado dos

MEDICAMENTOS	Alergias
Enumere los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos gotas para los ojos: _____ _____ _____ _____ _____ Nombre de la farmacia _____	Enumere cualquier alergia que tenga a medicamentos o otras sustancias _____ _____ _____ _____ _____

embarazada o amamantando Si No
 Cantidad y frecuencia de consumo de alcohol _____
 Cantidad y frecuencia del consumo de tabaco _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

¿Algún miembro de la familia inmediata tiene alguna de las siguientes condiciones?:

Enfermedad/Condición:	Relación contigo
Cáncer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No _____
Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No _____
Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No _____
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No _____
Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No _____
hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No _____
Catarata	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No _____
Degeneración macular	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No _____
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No _____

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR (especifique a alguien que no viva en su hogar.)

Nombre _____ Relación _____ Teléfono # (____) _____

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE/MEDIGAP

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare y, si corresponde, los beneficios de Medigap se hagan a mí o en mi nombre a St. Helens Eyecare Specialists por cualquier servicio que me brinde ese proveedor. en la medida permitida por la ley, autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a los Centros de servicios de Medicare y Medicaid, mi aseguradora Medigap y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para servicios relacionados.

Firma del Beneficiario, Tutor o Representante Personal	Fecha
Escriba el nombre del beneficiario, tutor o representante personal	Fecha