



Registro de pacientes e historial de salud actual

- Paciente Nuevo
 Paciente Previo
 Sr. Sra.

Fecha de Hoy: _____

Masculino Femenino

Nombre Completo del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha De Nacimiento _____

Padres/Guardianes legales (Solamente si el paciente es menor de 18 Años): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____

Correo Electrónico _____ Ocupación: _____ Si es estudiante, grado: _____

Teléfono Celular: (____) _____ Teléfono de Emergencia: (____) _____

Razón de Visita: _____

Forma de pago para esta visita:

- PAGO PRIVADO SEGURO Nombre del Plan: _____ Nombre del titular de la póliza: _____
No. ID DEL SEGURO: _____ Fecha de Nacimiento del titular de la póliza: _____
¿Relación con el Titular de la póliza? Mismo Cónyuge Dependiente Últimos 4 No. SS del titular de la póliza: _____

SÍNTOMAS DE LOS PACIENTES (Marque todo lo que corresponda)

- Examen de Rutina
 Visión de lejos borrosa
 Visión de cerca borrosa
 Ojos ardientes
 Visión doble
 Ojos secos
 Fatiga / fatiga ocular
 Dolores de cabeza
 Párpado caído
 Pérdida temporal de la visión
 Otro

HISTORIAL DE SALUD DE LOS PACIENTES (Marque todo lo que corresponda)

- Ninguno
 Alérgico
 Asma
 Cancer
 Catarata
 Ceguera
 Colesterol
 Daltónico
 Diabetes
 Glaucoma
 Migrañas
 Otro

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR (Marque todo lo que corresponda)

- Ninguno
 Alérgico
 Asma
 Cancer
 Catarata
 Ceguera
 Colesterol
 Daltónico
 Diabetes
 Migrañas
 Otro

Fecha de la ultima visita/examen físico con su médico de atención primaria

(médico de familia) _____ Nombre de Doctor: _____

¿Fuma, consume alcohol o usa drogas recreativas? Si No Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

Mujeres: ¿Estás embarazada? Si No ¿Esta amamantando? Si No

Indique la medicación actual, incluidas las gotas para los ojos: _____

¿Alergias a algún medicamento? Si No. Si es así, indique qué medicamentos: _____

¿Enfermedad ocular previa, cirugía o lesión oculares? Si No Si es así, explique: _____

¿Ha usado alguna vez lentes de contacto? Si No Si es así, ¿qué tipo? Duros/RGP Blandos Nombre de la marca: _____

Fecha del último examen de la vista con cualquier

Optometrista u oftalmólogo: _____ Nombre del Optometrista anterior: _____

Autorizo la divulgación de una copia de mis registros médicos, incluidas las recetas, a los médicos coadministradores, a los dispensarios ópticos y de lentes de contacto, si así lo solicito. Entiendo que mi receta se proporcionará una vez que se complete el examen y se paguen los servicios. Entiendo que mis registros se mantienen confidenciales según las pautas de HIPAA y autorizo la divulgación de registros médicos para procesar mis reclamos de seguro. Estoy de acuerdo y entiendo que soy financieramente responsable del pago total de los servicios / materiales que no están cubiertos por mi seguro. Entiendo que las autorizaciones obtenidas al momento del servicio no garantizan el pago. Nuestra política de oficina, solo las visitas de seguimiento de rutina se incluyen dentro de los 3 meses posteriores a la fecha del examen de rutina anual; las tarifas se cobrarán a partir de entonces.

Firma del paciente (o el padre / tutor del paciente es menor de 18 años): _____ Fecha: _____

Para pacientes con lentes de contacto: Entiendo los riesgos del uso de lentes de contacto y asumo toda la responsabilidad por el cuidado de mis lentes de contacto y la salud de mis ojos. Entiendo el cuidado y la limpieza / inserción / extracción adecuados de las lentes de contacto. Entiendo que se proporciona capacitación en lentes de contacto y que las recetas de lentes de contacto son válidas solo por un año

Firma del paciente (o el padre / tutor del paciente es menor de 18 años): _____ Fecha: _____