

BIENVENIDOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:		Nombre:		MI:	Seguro Social:	
E-mail:					(SOLO si usa Seguro)	
Teléfono:	Cellular:	Otro teléfono:	Fecha de Nacimiento:		Edad:	
				/ /		
Dirección:						
Ciudad:		Estado:			Código Postal:	
Ocupación:		Empleador:				
Como supieron de Nuestra Oficina: (Por favor escoja una casilla):				<input type="checkbox"/> Dr.(Primario)	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Plan de Seguro
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Cerca de su casa	<input type="checkbox"/> Sitio Web/Internet	<input type="checkbox"/> Magazine Local	<input type="checkbox"/> WALK - IN	
Algún Miembro de la Familia o Amigos que se Vieron Aquí:						

OCULAR & HISTORIA MÉDICA

Último Examen de la Vista:	Razón de la Visita de Hoy:	Ultimo Examen Medico:
Usa Lentes de Contactos? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	Si es SI, Que Marca de Contactos usa : DUERME usted con los Contactos? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	<u>FRECUENCIA</u> desecha de sus lentes? Diario / 2 semanas / Mensual/ Rigido
Qué solución usa para LIMPIAR sus Contactos? OPTIFREE /COMPLETE/BIOTRUE/ CLEARCARE	Usted a tenido CIRUGÍA, INFECCIÓN, O TRAUMA OCULAR? _____	Usted está interesado en Cirugía de LÁSER? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No
USTED tiene algunas de estas condiciones médicas?	<input type="checkbox"/> Presión Alta <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Infarto / Stroke <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Depresión / Ansiedad <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia/ Artritis /Auditivo
USTED o una persona en su FAMILIA tiene:	<input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Problemas de la Retina <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Degeneración de la Mácula: (YO o FAMILIA) _____	<input type="checkbox"/> Ojo vago <input type="checkbox"/> Estrabismo <input type="checkbox"/> Ceguera
Cuales son sus MAYORES problemas Visuales o Oculares?		
<input type="checkbox"/> Visión Borrosa de Lejos / Cerca	<input type="checkbox"/> Visión Disminuida	<input type="checkbox"/> Dolor Ocular
<input type="checkbox"/> Moscas Negras / halos de luces	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza
		<input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Lagrimeo <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Ojos Rojo <input type="checkbox"/> Orzuelos
		Otros: _____

Qué MEDICAMENTOS estás tomando?

USTED tiene ALERGIAS? _____ (Solo Mujeres) USTED está EMBARAZADA? Sí / No

INFORMACIÓN DE DILATACIÓN DE LAS PUPILAS

Un evaluación completa de sus ojos requiere el uso de gotas para agrandar sus pupilas temporariamente. Los efectos de la dilatación son sensibilidad a la luz y reducción de su visión de cerca por 3-4 horas. Nuestra oficina le dará espejuelos oscuros para máxima comodidad.

SI, prefiero que me dilaten las pupilas hoy Regreso otro día para que me dilaten las pupilas NO, declino que me dilaten las pupilas

INFORMACIÓN DE SU SEGURO VISUAL

(POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO Y UNA IDENTIFICACIÓN A LA RECEPCIONISTA)

SEGURO DE VISIÓN: NOMBRE DEL PRIMARIO:	ID #: FECHA DE NACIMIENTO DEL PRIMARIO:
---	--

Yo autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a Cuevas Eye Center (Dr. Jesús Cuevas / Dr. Jose Cuevas). **Yo entiendo que si mi seguro de visión no paga por los cargos de los servicios o productos probados, YO seré responsable por el total de esos cargos.** Una Autorización no garantiza el pago, pero haremos todo lo posible para conectarlo.

Yo tambien autorizo Cuevas Eye Center/Premier Eye Group, o a mi compania de seguro que de la información necesaria para procesar mi reclamo de seguro. La oficina tiene "Notas de Privacidad" que prohíben la divulgación de la información personal médica.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN: _____ FECHA: _____