

FORMULARION DE INFORMACION PARA EL PACIENT

Nombre: _____
(Primer Nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Apartamento #: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Tel. Casa #: _____ Trabajo # _____ Celular #: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo (a)

Genero: Masculino Femenino Correo Electronico: _____

¿Que es financieramente responsable/ Titular de el seguro medico? Yo Otro
Si otra persona es el titular, porfavor proporcione la siguiente información:

Nombre: _____ La relacion: _____

Direction: _____

Nombre de el Seguro Medico Primario: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Telefono de el Asegurado:() _____ Relacion: _____

Empleador de el asegurado: _____ # SS de el Asegurado: _____

Num. de ID: _____ Num. de Grupo: _____ Co-pay \$ _____

Nombre de el Seguro Medico Secundario: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Telefono de el Asegurado:() _____ Relacion: _____

Empleador de el asegurado: _____ # SS de el Asegurado: _____

Num. de ID: _____ Num. de Grupo: _____ Co-pay \$ _____

Yo Solicito a la compañía de seguros o a Medicare que pague directamente a MD Vision Center, PA la cantidad por los servicios prestados. También estoy de acuerdo de pagar cualquier cantidad que la compañía de seguros o Medicare considere que no es un beneficio cubierto y también cualquier cantidad que la compañía de seguros o Medicare determina que es mi responsabilidad. Entiendo que un examen OCULAR incluye el examen médico de los ojos y a menudo una refracción, que puede llevar a una prescripción de gafas. No incluye lentes, medidas de la córneas o especificaciones para lente de contacto. En todos los casos, honorarios profesionales son la responsabilidad del paciente y/o establecido financieramente responsable. Estoy de acuerdo al tratamiento que se considere necesario por el médico y autorizar la publicación de cualquier información médica necesaria por las partes involucradas para que sea necesario para procesar esta solicitud. Paciente o financieramente responsable partes más acepta pagar toda colección honorarios incurridos y gastos jurídicos, incluyendo pero no limitado a honorarios de abogado y la Agencia de colección, gastos de corte, servicio y cuotas.

Firma de el Paciente y/o Responsable financieramente

Fecha de Hoy

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(Primer Nombre) (Segundo nombre (Apellido)

Doctor de Cabecera: _____ Referido por: _____

¿Por qué se fueron referidos a nuestra práctica? _____

➤ **ALERGIAS:** **NO ALERGIAS A NINGUN MEDICAMENTO** **LATEX** **Erythromycin**

_____ Reaccion: _____ leve/ moderada/ severa

_____ Reaccion: _____ leve/ moderada/ severa

_____ Reaccion: _____ leve/ moderada/ severa

➤ **¿TIENES ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS DE OJO?** *(Marque todas las que aplican)* **Saludable en General**

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visión lejana borrosa | <input type="checkbox"/> Ojos llorosos | <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos | <input type="checkbox"/> Destellos de luz |
| <input type="checkbox"/> Visión cercana borrosa | <input type="checkbox"/> Comezón o ardor | <input type="checkbox"/> Resequedad en los ojos | <input type="checkbox"/> Sensación de cuerpo extraño |
| <input type="checkbox"/> Vision doble | <input type="checkbox"/> Crecimiento en párpados | <input type="checkbox"/> Rojes en los ojos | <input type="checkbox"/> Manchas flotantes |
| <input type="checkbox"/> Resplandor, aureola alrededor de las luces | Otro(s) síntoma: _____ | | |

➤ **ANTECEDENTES OCULARES:** *(Porfavor marque todas las que aplican)* **Saludable en General**

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Traumatismo grave de cabeza /ojos | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Hipermetropía | <input type="checkbox"/> Ambliopia |
| <input type="checkbox"/> Degeneración macular | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Miopia | <input type="checkbox"/> Astigmatismo |
| <input type="checkbox"/> Retinopatía diabética | <input type="checkbox"/> Queratocono | <input type="checkbox"/> Ambliopia | <input type="checkbox"/> Neuritis óptica |
| <input type="checkbox"/> Desprendimiento de la retina | <input type="checkbox"/> Resequedad en los ojos | <input type="checkbox"/> Iritis / uveitis | |

Otro(s) síntoma: _____

Do you wear: Gafas/Lentes Contactos **Para:** Distancia Leer
 Si usa contactos: De uso Diario Uso prolongado Gas Permeable Años de uso: _____

➤ **POR FAVOR INDIQUE CUALQUIER CIRUGÍA OCULAR HAN TENIDO:** *(Incluyendo las fechas)* **NINGUNA**

➤ **MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS ACTUALES:** **NINGUA** **GOTAS ARTIFICIALES**

_____ 1 2 3 4 5 antes de acostarse

_____ 1 2 3 4 5 antes de acostarse

_____ 1 2 3 4 5 antes de acostarse

➤ **MEDICAMENTOS GENERALES CON Y SIN RECETA:** (Indique el nombre y la dosis) **NINGUNA**

➤ **ENFERMEDADES SISTÉMICAS:** (Porfavor marque todas las que aplican) **Saludable en General**

- | | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Sjogrens |
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Ataque Cerebral | <input type="checkbox"/> Sangrado |
| <input type="checkbox"/> VIH Positivo/SIDA | <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepatica | <input type="checkbox"/> Polimialgia |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de el Riñón | <input type="checkbox"/> Graves | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Trastorno Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Pérdida de Audiencia | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> piedras en el riñón |
| <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | | | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer tipo: _____ | Otro(a): _____ | | | |

➤ **CIRUGIAS/OPERACIONES GENERALES:** (Por favor liste) **NINGUNO (A)**

➤ **FAMILY HISTORY:** (Porfavor marque todas las que aplican) **NINGUNO (A)**

- | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de el Riñón | <input type="checkbox"/> Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Ataque Cerebral | <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Enfermedad Retiniana | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> TB |
| <input type="checkbox"/> Ojo vago | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Problemas de el Corazon | | <input type="checkbox"/> Artritis |
| Otro(a): _____ | | | | |

➤ **HISTORIA DE INFECCIONES:** (Porfavor marque todas las que aplican) **NINGUNO (A)**

- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Herpes Simple | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Sífilis | <input type="checkbox"/> Infección de la Herida |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Herpes Zóster | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C | <input type="checkbox"/> Histoplasmosis | <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> Chlamydia |

➤ **HISTORIA SOCIAL HISTORY:** (Porfavor marque todas las que aplican)

Consumo de Alcohol: Si No ¿Cuánto y con qué Frecuencia? _____

Tabaco: Fomo todos los días Fumo algunos días Ex- fumador Nunca he fumado

Uso de drogas: Si No ¿Que y Con qué frecuencia? _____

➤ **REVISIÓN DE LOS SISTEMAS:** : (Porfavor marque todas las que aplican)

GENERAL- Pérdida o ganancia de peso Fatiga Fiebre o escalofríos Debilidad Problemas para dormir

PIEL- Erupciones Terrones picazón sequedad cambios de Color de pelo y uñas

CABEZA - Dolor de cabeza Lesiones en la Cabeza Dolor de Cuello

OREJAS - Audición disminuida Zumbidos en oídos Dolor de oreja(s) Drenaje

NARIZ - Congestión de nariz Descarga Picason Fiebre del heno Hemorragia nasal Sinusal dolor

GARGANTA - Sangrado de garganta Dentaduras Dolor en la lengua Boca seca Dolor de garganta
 Ronquera Aftas Llagas que no cicatrizan.

CUELLO - Bultos Glándulas hinchadas Dolor Rigidez

PECHO - Terrones del pecho Dolor Drenaje Autoexámenes Lactancia

RESPIRATORIA - Tos Espujo Expectorando sangre Brevedad de respiración Sibilancias Dolor al respirar

CARDIOVASCULAR- Dolor o malestar en el pecho Problemas al respirar o acostarse Pecho ajustado
 Palpitaciones Hinchazón Dificultad respiratoria con actividad
 Despierta repentinamente del sueño y con dificultad para respirar

GASTROINTESTINAL - Acidez Cambio en hábitos de intestino Náuseas
 Calambres en las pierna Sangrado Rectal Estreñimiento Diarrea
 Yellow ojos o piel Cambio en apetito

URINARIO - Frecuente Con Urgencia Incineración o Dolor Sangre en orina Incontinencia
 Cambio de fuerza urinaria

VASCULAR - Dolor en la Pantorilla cuando camina

MUSCULOSKELETAL- Músculo o dolor de articulacion Rigidez Dolor de espalda Rojes en las articulaciones
 Hinchazón de las articulaciones Trauma

NEUROLÓGICO - Mareo Desmayo Convulsiones Debilidad Entumecimiento Zumbando Temblor

HEMATOLOGIC- Facilidad de Hematomas Facilidad de sangrante

ENDOCRINO - Intolerancia al calor a al el frio Suda Orina mas frecuente Sed Cambio de apetito

PSIQUIÁTRICO - Nerviosismo Tensión Depresión Perdida de Memoria.

Signature of Patient _____ Date: _____

Por favor INICIE en cada declaracion.

RECONOCIMIENTO: RECIBO LA NOTIFICACION DE PRIVACIDAD

_____ He leído/recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de Md Vision Center eficaz 25/10/2013.

O

_____ Soy un padre o tutor legal de _____ (nombre del paciente). He leído/recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de MD Vision Center eficaz 25/10/2013.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

_____ Entendemos que existen emergencias y obligaciones que puede provocar que pierda una cita programada. Si no son capaces de hacitit a su cita se requiere que usted nos notifique **al menos con 24 horas** de anticipasion., **DE LO CONTRARIO HABRÁ UN CARGO DE NO-SHOW DE \$25.OO DOLARES.**

Si reprograma, no haciste, o cancela 3 veces consecutives sin notificación adecuada puede ser descargado de nuestro cuidado.

AVISO DE REFRACCIÓN

_____ La refracción es una parte importante de su examen de los ojos y ayuda a determinar si una nueva receta para gafas le ayudarán a mejorar su visión. La refracción es un servicio que normalmente no es completado por nuestra práctica, no obstante, si fuera necesario o solicitado podemos completar este servicio para usted. **NO TODOS LOS PACIENTES RECIBEN ESTE SERVICIO.** Es posible que este servicio no seá cubierto por su seguro médico y nosotors no facturamos a seguros de visión. Si usted quisiera una nueva receta para gafas, o si el médico piensa que es médicamente necesario, hay una tarifa de \$40.00 dolares. Nosotros requerimos que todos los pacientes firmen nuestra refracción aviso.

Entiendo y estoy de acuerdo con todas las declaraciones que he iniciado anteriormente.

Nombre de el Paciente: _____

Firma de el Paciente o Tutor: _____

Fecha de hoy: _____