

Vision First Eye Care Specialists

Dr. L. Page Pond, O.D.

INFORMACION DEL PACIENTE:

_____	_____	_____	_____
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APODO
_____	_____	_____	_____
DIRECCION DE CORREO	CIUDAD-ESTADO	CODIGO POSTAL	
TELEFONO #1: (NUMERO PRINCIPAL)	Cellular Trabajo Casa Otro	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
TELEFONO # 2:	Cellular Trabajo Casa Otro	CORREO ELECTRONICO	
TELEFONO #3:	Cellular Trabajo Casa Otro	EMPLEO	
¿ESTA USANDO LO SIGIENTE? Lentes Contactos Nada	OCUPACION		
¿Hemos visto alguien de la familia anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	MEDICO PRIMARIO		
¿Quien? _____	TELEFONO		
¿Como supo de nosotros? _____	NOMBRE DEL ESPOSO/A		

SEGURO:

INFORMACION POLITICA DEL TITULAR DEL SEGURO:

_____	_____	_____	_____
VISION	NUMERO DE POLIZA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	_____	_____
MEDICO	NUMERO DE POLIZA	SEGURO SOCIAL	RELACION CON EL PACIENTE
- FAVOR DE PRESENTAR SU TARJETA DEL SEGURO MEDICO A LA RECEPCIONISTA -			

AVISO DE SEGURIDAD PARA LENTES DE LA VISION

De todos los materiales con los que los lentes se pueden hacer, el policarbonato es más resistente al impacto. Su plástico o los lentes de cristal se cumplen o exceden la American National Standard Z.08 y el requisito de la FDA 21 CFR Sección. 801,410 para la resistencia al impacto, pero no son irrompibles o irrompible. Entiendo que los lentes de policarbonato son resistentes a la mayoría del impacto, y otros no se resistirán a la rotura en la misma medida.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Soy consciente de que la Comunicación de la Oficina de Prácticas de Privacidad (HIPAA) está disponible para mí a través de la página web dela oficina o mediante la presentación de una solicitud para el personal.

ACUERDO FINANCIERO

El seguro es un contrato entre usted y un tercero para reembolsar los gastos médicos cubiertos. No podemos garantizar los pagos de la compañía de seguros si no han cumplido con la elegibilidad o deducibles.El seguro no es un sustituto para el pago. Si te suscribes a un plan de HMO o PPO, por favor haga su pago antes de salir de nuestra oficina. Lea su HMO/PPO libro de cuidado, ya que se le penalizará por no seguir sus reglas por falta de pago de los beneficios que se derivarían en nuestra oficina de facturación por los servicios que normalmente se han cubierto. Todos los honorarios del abogado y los honorarios de agencia se le cobrará de nuevo a cualquier paciente con una deuda pendiente de más de 90 días.

POLITICA DE CANCELACIÓN

Habrà una cuota de \$65.00 por cualquier cita cancela con menos de 48 horas de anticipación. Al programar su cita y firmar este formulario, usted está de acuerdo con esta política.

He leído y entendido a fondo este acuerdo.

FIRMA DEL PACIENTE (O PADRE/GUARDIAN SI ES MENOR DE EDAD)

FECHA

- POR FAVOR, COMPLETE EL REVERSO DE ESTA HOJA -

FORMULARIO DE HISTORIA MEDICA

HISTORIAL DE LOS HOJOS:

¿Ha tenido algo de lo siguiente?

- Cataratas
- Ambliopia (Ojo Perezoso)
- Cirugia Refractiva (Lasik, PRK)
- Glaucoma
- Desprendimiento de la Retina
- Perdida de la vision
- Vision Doble
- Resequedad en los ojos
- Ojos llorosos
- Flotadores
- Iritis, Retinopatia, Neuropatia (MS)
- Degeneracion macular
- Infecciones (cronico)

¿Esta usando gotas para los ojos? Si No

Si es asi, por favor describa: _____

¿Si usted usa lentes de contacto, de que tipo son?

- Blandos Bifocal Rigido
- Astigmatismo Otro

¿Ha tenido terapia de la vision o cirugia de los ojos? Si No

Si es asi, por favor describa: _____

¿Cuando fue la ultima vez que tuvo un examen para la vista? _____

El nombre del medico: _____

CONDICIONES DE SALUD GENERALES:

¿Tiene actualmente o ha tenida algo de lo siguiente?

- NEUROLOGICO (dolor de cabeza, esclerosis multiple, migranas, convulsiones)
- CARDIOVASCULAR (enfermedad del corazon, hipertension, alto colesterol)
- CONSITUCIONAL (fiebre cronica, trauma, fatiga, aumento de peso/perdida)
- OREJAS, NARIZ, GARGANTA (infeccion respiratoria superior)
- PSYCHIATRIC (depresion, ansiedad, bipolar, otro)
- HEMOLOGIC (anemia, perdida de sangre, otro)
- INMUNOLOGIA (El Vih, cancer, hepatitis, artritis, alergias)
- ENDOCRINO (tiroides, diabetes, otras glandulas)
- PIEL (cancer, rosacea, eczema, otro)
- RESPIRATORIO (asma, COPD, emfisema, otro)
- MUSCULOESQUELETICO (fibromialgia, osteoporosis)
- GENITO-URINARIO (STD, viral, herpetica, chlamidia)

Describir cualquier condicion anterior: _____

¿Tomas cualquier prescipcion o medicamentos de venta libre? Si No

Si es asi, por favor describa (no dosis): _____

¿Es alergico a algun medicamento? Si No

Si es asi, por favor describa: _____

Lista de cirugias: _____

LA HISTORIA FAMILIAR – Haga una lista de las condiciones anteriores de su familia si tiene un historial: _____

HISTORIA SOCIAL:

Esta informacion es estrictamente confidencial, usted puede discutir esta parte directamente con el medico si asi lo prefiere.

¿Usted conduce? Si No

¿Usted fuma tabaco? Si No

¿Usted toma alcohol? Si No

¿Usa drogas recreativas? Si No

¿Alguna vez ha contraido alguna enfermedad de transmision sexual? Si No

¿Esta embarazada? Si No

¿Esta amamantando? Si No

Aficiones/Deportes: _____

Horas aproximadas de uso diario de la computadora: _____

----- SER LLENADO POR EL PERSONAL -----

tech initials _____

tech initials _____

tech initials _____

tech initials _____

Date: _____

Review Date: _____

Review Date: _____

Review Date: _____

Dr. Signature: _____

Dr. Initial: _____

Dr. Initial: _____

Dr. Initial: _____