

Bienvenido a nuestra oficina Parker Family Eye Care

(por favor escribir de forma legible)

Información del paciente

Apellido: _____
Nombre: _____
Título: Sr Sra Ms Dr/Dra Miss
Rev.
Llamado/a: _____ Jr II III IV

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

Teléfono: (_____) _____
Teléfono del día:
(_____) _____
Celular: (_____) _____
Sexo: M F Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Seguridad Social: _____

Nombre del padre/madre (si es

Información de la aseguranza

Por favor provee su tarjeta de aseguranza y una forma de identificación con éstas páginas.

Pacientes nuevos: ¿Quién le informó de nuestra oficina?

Nombre de la persona: _____

Si no estuvo referido, ¿cómo escogió nuestra oficina?

- Otro Doctor Libro telefónico
 Una lista de aseguranza De otra manera:

Que es el mayor propósito de esta visita? _____

Ha notado problemas con sus anteojos o lentes de contacto? _____

Fecha del ultimo examen de los niños: _____

Su altura: _____ Su peso (aproximadamente): _____

Podemos usar gotas para dilatar las pupilas que ayudan chequear la salud de los ojos (no cuesta más). Quiere la dilatación de las pupilas? Si No

Ofrecemos fotos para documentar la salud de los ojos. Cuestan \$25 si no están cubiertos por su aseguranza. Las queria? Si No

Historia médica

Escribe todas las medicinas que está tomando, incluyendo gotas para los ojos y medicinas no recetadas: _____

¿Tiene alergias a alguna medicina? Sí No ¿A cuales medicinas?: _____

Historia de su familia

Nota la historia de su familia (padres, abuelos, hermanos, niños, vivos o muertes) de las condiciones siguientes:

Enfermedad	Sí	Relación	Enfermedad	Sí	Relación
Presión alta	<input type="checkbox"/>	_____	Desprendimiento de la retina	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	_____	Ojos cruzados/doblados	<input type="checkbox"/>	_____

¿Usa tabaco? : Sí ___ No ___ Nunca ha usado ___ Si sí, con qué frecuencia?: _____

¿Si ha terminado de fumar, cuándo?: _____

Usa alcohol? : Sí ___ No ___ Si sí, con qué frecuencia?: _____

Usa drogas?: Sí ___ No ___ Si sí, con qué frecuencia?: _____

Tiene enfermedades sexuales?: Sí ___ No ___ Si sí, desde cuándo?: _____

Ha tenido un cambio de sangre: Sí ___ No ___ En qué año?: _____ Tiene VIH? Sí ___ No ___

En qué orden se nació?: 1st ___ 2nd ___ 3rd ___ 4th ___ 5th ___ otro _____

Historia Médica (cont.)

¿Ha tenido estas condiciones?:

<i>Enfermedad</i>	<i>Sí</i>	<i>Enfermedad</i>	<i>Sí</i>	<i>Enfermedad</i>	<i>Sí</i>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	Flotadores	<input type="checkbox"/>	Desprendimiento de la retina	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Flashes de luz	<input type="checkbox"/>	Degeneración macular	
<input type="checkbox"/>					
Tiroides	<input type="checkbox"/>	Ojos cruzados	<input type="checkbox"/>	Ojo perezoso	
<input type="checkbox"/>					
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Ardor de los ojos	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad al sol	<input type="checkbox"/>
Corazón enfermo	<input type="checkbox"/>	Cirugía de los ojos	<input type="checkbox"/>	Visión doble	<input type="checkbox"/>
Derrame	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Problemas con ver en la noche	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Heridas de los ojos	<input type="checkbox"/>	Ojos secos	
<input type="checkbox"/>					
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Parpados bajados	<input type="checkbox"/>	Daño por la diabetes	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Tipo: _____				

Póliza financiera

Estamos contentos tenerle como paciente y estamos comprometidos proveerle con tratamiento profesional y completo. Es importante que entienda nuestra póliza financiera. Por favor, pide nuestra asistencia si tiene preguntas.

Aseguranza: Por los varios planes que hay, es requerido que cheque con la compañía de su aseguranza según nuestra participación en su red. Hay instancias cuando aunque estamos contractados con su compañía, su compañía puede tener redes en los cuales no participamos. Si nuestra oficina no participa en su red, usted podría ser responsable por una parte de su cuenta o la cuenta entera. La información para contactar su compañía se encuentra en su tarjeta de aseguranza. Es su responsabilidad presentarnos una copia de nuevas tarjetas de su compañía. Si participamos con su aseguranza, mandamos la información de su visita a ellos de los servicios proveídos. Si todo no está cubierto por la aseguranza, le mandamos el balance que tiene que pagar.

Las expectativas del pago: Usted tiene que pagar lo que no está cubierto por su aseguranza el mismo día de su visita. Todos los pacientes son requeridos pagar los copagos y deducibles a la hora de la visita. Va a recibir un billete de nuestra oficina si hay una porción del costo no cubierto por la aseguranza (si tuviera un balance). Es necesario pagar el balance adentro de 30 días después de recibirlo.

Refracción: Es una prueba que hacemos para encontrar el aumento para poder recetárselos anteojos o determinar la capacidad del ojo ver. Medicare y muchas de las aseguranzas médicas no cubren este servicio y es considerado un cobro separado del examen médico. Algunas aseguranzas secundarias pagan esta prueba. Necesita contactar su compañía de aseguranza para saber si está cubierto o no. Esta prueba cuesta \$35. El costo entero de los servicios médicos es la responsabilidad del paciente y es necesario pagarlo el día de su visita.

Entiendo que tengo que pagar todos los costos de un abogado, del corte, o cobros de las agencias que se usan para colectar el balance. También, estoy de acuerdo pagar interesa de 3% al mes en los balances que no están pagados al tiempo. Entiendo que pago \$35 si un cheque está vuelto. Autorizo la oficina mandar la información medica a la compañía de aseguranza o a las compañías financieras. Adicional, la oficina tiene permiso dar mi información médica a otros doctores cuando requiere una consulta. Doy permiso a la compañía de aseguranza pagar la oficina por los servicios. Entiendo que nadie más va a recibir mi información privada sin mi permiso escrito. Autorizo los servicios necesarios, como la dilatación de las pupilas, y también doy permiso a la doctora si el paciente es menor.

Firma del paciente o su pariente si es menor:

Fecha:
