

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA

Diganos de usted:

Nombre del Paciente: _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Correo Electronico _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo (Porfavor Circule) M o' F

Ocupacion _____

Complete si es menor de 18 años de edad o es estudiante

Nom. De Padre _____ Lugar de Empleo _____

Direccion _____ Telefono (____) _____

Nom. De Madre _____ Lugar de Empleo _____

Direccion _____ Telefono (____) _____

A quien le agradecemos por referirlo? _____

Medico

Medico Primario _____ Direccion _____

Diganos de su aseguransa: (Porfavor denos la informacion de su aseguransa antes de su examen)

Nombre de aseguransa medica _____

Nombre del Subscriptor _____

Seguro Social del Subscriptor _____

Fecha de nacimiento del Subscriptor _____

Algun otro tipo de aseguransa? Si o' No Liste: _____

Esta oficina accede con el Codigo de Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad (HIPAA")* y la ley de Confidencialidad. (Puede Obtener Copia de sus Derechos)

Quiero una copia

No quiero una copia

Al firmar este documento usted reconoce haber leido y está de acuerdo con lo siguiente.

- ✓ Acuerdo De Obligaciones Financieras (Ver Adjunto)
- ✓ Derechos de privacidad de HIPAA (Ver Adjunto)
- ✓ Autorizacon Para Dar a Conocer Informacion Confidencial (Ver Adjunto)
- ✓ Informacion Acerca de Gotas Dilatantes Para Ojos (Ver Adjunto)
 - *Autorizando a el Dr. Ruben E. Ramirez o' a la Dr. Monica V. Ramirez a administrarme gotas dilatantes para ojos, si consideran necesario para mi reconocimiento de hoy. Las gotas dilatantes para ojos pueden ser necesarias para diagnosticar mi padecimiento.*
- ✓ Informacion Acerca de Precio de Refraccion (Ver Adjunto)
- ✓ Informacion Importante Sobre Su Seguro Medico (Ver Adjunto)

Firma

Nombre (Imprimir)

Testigo

Fecha

VOLVER LA PAGINA (Continúa en la página siguiente)

ARRIVED: _____ SCHEDULED: _____ ACCOUNT: _____

Nombre del Paciente: _____ DOB: _____

¿EN QUE LE PODEMOS AYUDAR HOY?

El seguro médico cubrirá solamente si hay una razón médica para el examen, como la pérdida de la visión, dolores de cabeza, enrojecimiento de los ojos, dolor de ojos, picazón o ardor ocular, glaucoma, cataratas, flotadores, los ojos secos.

¿Quién lo refirió a nosotros? _____

¿Cuáles son los signos y síntomas que está experimentando? _____

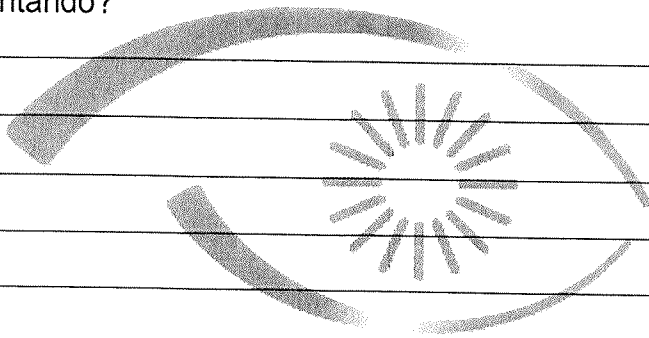
¿Cual ojo? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Está mejorando o empeorar? _____

¿Qué ha tratado para mejorar la situación? _____

¿Esta interesado en lentes de contacto? _____



ANTECEDENTES MEDICOS

Lista de todas las lesiones graves, cirugías y / o hospitalizaciones:

INDIVIDUAL Y FAMILIAR MEDICINA Y HISTORIA DE LOS OJOS

¿Hay antecedentes médicos personales o familiares de cualquiera de los siguientes? ¿Si es así, la relación?

	FAMILIA	USTED		FAMILIA	USTED
Glaucoma:			Ojo Perezoso:		
Cataratas:			Diabetes:		
Degeneracion Macular:			Cancer:		
Lesion en el ojo:			Enfermedad del Corazon:		
Enfermedad de la Retina:			Alta Presion:		
Ceguera:			Alto Colesterol:		
Estrabismo:			Enfermedad del Tiroides:		
Otra:			Artritis:		

OFFICE USE ONLY

	NEEDS	DONE		NEEDS	DONE
AR:			FUNDUS:		
TOPOGRAPHY:			REFRACTION:		
FDT:			HVF:		
ECC:			BSCAN:		
OCT:			IOL MASTER:		

OPTICAL: _____ OK REFRACTION: _____ DILATION: _____ ROOM: _____

RETURN: DAYS _____ WEEKS _____ MONTH _____ REASON/STUDY _____