

# Formulario de historial de salud

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Ha visitado nuestra oficina antes? SI \_\_\_ No \_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre del médico de familia \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_

Fecha del último examen de la vista y dónde \_\_\_\_\_ Si \_\_\_ No \_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ ¿Está embarazada? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Motivo de la visita: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Por favor, compruebe todas las siguientes condiciones que experimenta:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza           | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz/brillo    | <input type="checkbox"/> Ojos cansados                |
| <input type="checkbox"/> Ardor                       | <input type="checkbox"/> Ojos secos                      | <input type="checkbox"/> Dolor o Molestia             |
| <input type="checkbox"/> Sensación de cuerpo extraño | <input type="checkbox"/> Infección del ojo o del párpado | <input type="checkbox"/> Picazón o Comezón            |
| <input type="checkbox"/> Mucosa / Secreción          | <input type="checkbox"/> Párpado caído                   | <input type="checkbox"/> Rojez                        |
| <input type="checkbox"/> Sensación arenosa           | <input type="checkbox"/> Ojo vago                        | <input type="checkbox"/> Ojo cruzado                  |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa a distancia  | <input type="checkbox"/> Visión borrosa cerca            | <input type="checkbox"/> Visión distorsionada         |
| <input type="checkbox"/> Visión doble                | <input type="checkbox"/> Flotadores o manchas            | <input type="checkbox"/> Visión fluctuante            |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión        | <input type="checkbox"/> Desgarro excesivo               | <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión lateral |
| <input type="checkbox"/> Halos / Brote estelar       | <input type="checkbox"/> Destellos de luz                | <input type="checkbox"/> Frotamiento excesivo         |

**Estudiantes:**

- Problemas para seguir una línea de impresión  Dificultad para enfocarse en dispositivos electrónicos
- Problemas para enfocar cerca de lejos
- Problemas de desarrollo

¿Cirugía LASIK? Si / No Fecha \_\_\_\_\_ Cirugía de cataratas? Si / No Fecha \_\_\_\_\_ Cirugía de Retina Si / No Fecha \_\_\_\_\_

**¿Tiene o tiene antecedentes familiares de alguno de los siguientes:**

	Tú	Miembro de la familia	Relación		Tú	Miembro de la familia	Relación
Ambliopía (ojo vago)				Glaucoma			
Ceguera				Degeneración macular			
Catarata				Desprendimiento de retina			
Daltonismo				Enfermedad de la retina			
Enfermedad corneal				Estrabismo (giro de los ojos)			

Si marcó alguno de los anteriores o tiene una condición no enumerada, explique a continuación:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Por favor, enumere las gotas para los ojos / ungüentos para los ojos, las dosis, la frecuencia y por qué los toma:

¿Tiene alguna alergia a los medicamentos? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ En caso afirmativo, enumere:

¿Usted actualmente, o usted o algún miembro de la familia alguna vez tuvo algún problema en lo siguiente Áreas:

	<u>Tú</u>	<u>Miembro de la familia</u>	<u>Relación</u>		<u>Tú</u>	<u>Miembro de la familia</u>	<u>Relación</u>
Alérgico/Inmunológico				Garganta/Boca seca			
Alergias/Fiebre del heno				Enfisema			
Anemia				Fiebre			
Asma				Dolor de Cabeza			
Bronquitis crónica				Enfermedades del corazón			
Tos crónica				Presión arterial alta			
Estreñimiento				Dolor en las articulaciones			
Diabetes				Riñón/Vejiga			
Diarrea				Migrañas			
Dolor muscular				Congestión sinusal			
Goteo post nasal				Problemas de la piel			
Psiquiátrico				Tiroides/Otras glándulas			
Artritis reumatoide				Enfermedad vascular			
Nariz que moquea				Pérdida / ganancia de peso			
Convulsiones							

Si marcó alguno de los anteriores o tiene una condición no enumerada, explique a continuación:

Haga una lista de todas las principales enfermedades, lesiones o cirugías:

Si es diabético, ¿cuál fue su último nivel de azúcar en la sangre y cuando \_\_\_\_\_ Un1C (promedio de 3 meses) \_\_\_\_\_

Por favor, enumere los medicamentos SISTÉMICOS, las dosis, la frecuencia y por qué los toma

---

¿Bebes alcohol? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿cuánto? \_\_\_\_\_

¿Consumo de tabaco? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿cuánto? \_\_\_\_\_

¿Dejó de fumar? Si \_\_\_ No \_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

¿Usas una computadora? Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, ¿cuántas horas/día? \_\_\_\_\_

¿Conduces? ¿Si \_\_\_ No \_\_\_ Tienes algún problema para conducir? Si \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, sírvase explicar \_\_\_\_\_

¿Tienes algún pasatiempo especial? \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas con la visión nocturna? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Llevas gafas? Si \_\_\_ No \_\_\_ Sí, ¿cuántos años tienen? \_\_\_\_\_

¿Usas lentes de contacto? Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, ¿qué marca son? \_\_\_\_\_

Si tiene sus lentes de contacto insertados, ¿cuántos años tienen? \_\_\_\_\_

¿Estás interesado en probar lentes de contacto si no las usas? ? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Llevas gafas de sol? Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, ¿cuántos años tienen? \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Informacion Del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Que nombre quiere que le digan ? \_\_\_\_\_

Soltero(a) o Casado(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Raza: Indio Americano/Alaska Native \_\_\_\_\_ Asian \_\_\_\_\_ Black/Africano Americano \_\_\_\_\_ Hispano \_\_\_\_\_

Hawaiian/Other Native Pacific Islander \_\_\_\_\_ Blanco \_\_\_\_\_

Etnicidad: Hispano/Latino \_\_\_\_\_ Hawaiian/Other Native Pacific Islander \_\_\_\_\_ No Hispano/Latino \_\_\_\_\_

Direccion De Correo: \_\_\_\_\_

Ciudad : \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Direccion notena: \_\_\_\_\_

Ciudad : \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de telefono de casa: \_\_\_\_\_ Numero de telefono del trabajo: \_\_\_\_\_

Numero de telefono celular: \_\_\_\_\_

Está bien que el texto para los mensajes de confirmación de cita?  Si  No

Preferencia de comunicacion: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Dereccion Electronico \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Direccion electronico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Informacion de Esposo(a), Guardian o pariente mas sercano**

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de telefono de casa: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Numero de telefono del trabajo: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Informacion de la persona responsable**

Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Direccion del correo: \_\_\_\_\_ Codigo del Silbido: \_\_\_\_\_

Numero de telefono de casa: \_\_\_\_\_ Numero de telefono del trabajo: \_\_\_\_\_

Numero de telefono celular: \_\_\_\_\_

Direccion electronico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

**Informacion del Seguro Medico**

Nombre del Suscriptor de los Asegurados: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Numero Social del Suscriptor de los Asegurados: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Portador de Seguro: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de telefono del trabajo: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Quien le dijo de nuestra oficina?**

Doctor/Miembro de equipo  Facebook  Miembro de Familia/Amigo  Google  Correo  Paciente

FM105.1 Radio  Sin Cita  Sitio Web

Nombra de la persona que lo refirio a nuestra oficina. \_\_\_\_\_

El nombre y direccion de alguien que usted quiere que le mandemos informacion de nuestra oficina: \_\_\_\_\_

Firma del Guardian/Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Family Eye Care  
100 N Main Street  
LaBelle FL 33935  
(863) 675-0761

### INFORMACIÓN SOBRE colirios dilatando

Gotas de dilatación se utilizan para dilatar o ampliar los pupilas de los ojos para permitir el optometrista para tener una mejor vista del interior de su ojo.

Gotas de dilatación frecuencia desenfoque visión para un período de tiempo que varía de persona a persona y puede hacer que las luces brillantes que le cause molestia. No es posible que su optometrista para predecir cuánto se verá afectada su visión. Debido a que la conducción puede ser difícil inmediatamente después de un examen, es mejor si usted hace los arreglos no conducir usted mismo.

Reacción adversa, tales como el glaucoma agudo de ángulo cerrado, puede ser desencadenada por las gotas de dilatación. Esto es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata.

Por la presente autorizo al Dr. Parrish y/o Dr. Youmans o sus asistentes que sean designadas por él / ella para administrar la gotas de dilatación de los ojos. Las gotas para los ojos son necesarios para diagnosticar mi enfermedad.

\_\_\_\_\_  
Paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente) Firma por vida

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CUIDADO del OJO FAMILIAR**  
**CONSENTIMIENTO PERPETUO PARA el DESCARGO DE INFORMACIÓN de SALUD**  
**PARA el TRATAMIENTO, PAGO los OREGÓN SALUD CUIDADO FUNCIONAMIENTOS**  
**Y la DECLARACIÓN de la POLÍTICA FINANCIERA (Rev 09232013)**

**SEGURO COMERCIAL:**

El Cuidado del Ojo familiar cargará en cuenta seguro con tal de que nosotros somos un miembro de la red que su compañía está envuelta con. Nosotros verificaremos el fondos del seguro y le permitiremos saber eso que, si cualquiera, porcentaje usted será responsable a la paga. El pago es debido en la fecha de servicio.

**MEDICARE:**

El Cuidado del Ojo familiar aceptará asignación de Medicare. Usted está a favor responsable del 20% co-pago en la fecha de servicio, cualquier deducible no ha sido resuelta y cualquier no cubiertos servicios y diagnósticos, es decir, refracción, hipermetropía, miopía, etc.. Si usted tiene un suplemento de Medicare, nosotros archivarémos una demanda con ellos con tal de que ellos harán pago directamente a nuestra oficina.

**Garantía de cumplimiento de Medicare**

Salud fraude y abuso se han identificado como un problema nacional que cuesta a los contribuyentes literalmente miles de millones de dólares cada año. Queremos que sepas que todos nuestros empleados, administradores y médicos continuamente sometido a capacitación para que puedan entender y cumplir con las reglas de gobierno y regulaciones con respecto a Medicare. Nos esforzamos por alcanzar los más altos estándares de ética e integridad en la ejecución de servicios para nuestros pacientes de Medicare. Es nuestra política para determinar correctamente la compensación precisa de nuestros servicios según las normas gubernamentales, leyes y reglamentos. Queremos garantizar que nuestra práctica no contribuye de ninguna manera al creciente problema de los gastos de Medicare incorrecta. Como parte de este plan, hemos implementado un programa de cumplimiento que creemos que nos ayudará a prevenir cualquier servicio Medicare o errores de facturación. También sabemos que no somos perfectos! Debido a este hecho, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y nuestros pacientes sin pensar de penalización si se sienten que un evento de ninguna manera compromete nuestra política de integridad. Más aún, damos la bienvenida su opinión con respecto a cualquier problema de servicio o facturación por lo que podemos remediar la situación inmediatamente.

**El DESCARGO de SEGURO:**

Yo autorizo Cuidado de Ojo de Familia para soltar a la compañía de mi seguro que cualquiera requirió información con respecto a servicios mantenidos mi cuidado. Yo autorizo cualquier asegurador a pagar para hacer pago directamente al Cuidado de Ojo de Familia. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan eficaz y válida como el original. Esta autorización será considerada válida para la duración de la demanda.

**ACUERDO FINANCIERO:**

Yo entiendo que el contrato de mi seguro está entre la compañía de mi seguro y mi. Si mi seguro no ha pagado mi demanda dentro de 30 días del seguro de la fecha se cargó en cuenta, yo estaré a favor responsable del pago. Yo también estoy de acuerdo que yo estoy a favor responsable de cualquier cargo que la compañía de mi seguro no cubrirá. Yo entiendo que el fracaso para pagar mi cuenta o hacer arreglos financieros convenientes puede producir mi cuenta a poniéndose en un estado de delincuencia. Si esto se pone necesario, yo estoy de acuerdo en pagar toda la colección retribuye que incluye pero no se limita a las cuotas de la colección, las cuotas judiciales, abogado retribuye y cualquier otra cuota para la colección de mi equilibrio de cuenta. Yo también entiendo que si yo escribo un cheque y ha vuelto por cualquier razón yo me cobraré una cuota según el Estatuto de Florida.

**FUERA DE la COMPROBACIÓN de LAB:**

De vez en cuando, nuestros doctores lo juzgan necesario para el lab trabajo para ser hecho. Yo entiendo que esto será hecho por una agencia externa y yo estaré a favor responsable del pago a esa agencia para el lab trabajo hecho.        porfavor pon los iniciales que as leído y entendido lo escrito.

**DESCARGO DE INFORMACIÓN de SALUD:**

En el curso de proporcionar servicio a usted, nosotros creamos, recibimos y guardamos información de salud que lo identifica. Es a menudo necesario usar y descubrir esta información de salud para tratarlo, refiérase lo a otros proveedores de cuidado de salud, hospitales, o medios del enfermo ambulatorio que usted ya tiene o identificará a nosotros. Nosotros tenemos un Aviso comprensivo de Prácticas del Retiro que describen estos usos y descubrimientos en detalle. Usted es libre referirse a este Aviso en cualquier momento antes de que usted firme este documento de consentimiento. El uso y descubrimiento de su información de salud protegido para el tratamiento no sólo proponen incluye el cuidado y servicios proporcionaron aquí, pero también el descubrimiento de su información de salud como puede ser necesario o puede destinar para usted recibir cuidado de la continuación de otro profesional de cuidado de salud y/o los productos farmacéuticos. Semejantemente, el uso y descubrimiento de su información de salud al usar su seguro para los propósitos de pago nuestra sumisión de su información de salud incluye a agente de facturación o vendedor por procesar demandas o obtener pago; nuestra sumisión de su información de salud a interventores contratados por terceros pagadores de la fiesta y aseguradores como la Administración del seguro social o sus intermediarios y portadores, Centre para Medicare y Medicaid Services, Obreros Portadores de la Compensación, Organizaciones de Mantenimiento de Salud, los Patrones (cuando requirió), el Bienestar Consolida, y las Organizaciones de la Revisión de Seguros entre otros aspectos de pago descritos en nuestro Aviso de Prácticas del Retiro. Yo autorizo y consiento al descargo de cualquier información y incluye, si aplicable, cualquier información sobre infección de HIV o SIDA, la información sobre el tratamiento de abuso de substancia y/o información sobre salud mental repara, como necesario

**Firma del paciente** \_\_\_\_\_

**/Fecha** \_\_\_\_\_

Tenemos permiso a obtener tu historia de medicamento de tu farmacia /o medico?  Si  No

Tenemos permiso a hablar con tus familiares o algun otra jente?  Si  No

Si das permiso lista la persona y relacion a ti abajo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion a ti: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion a ti: \_\_\_\_\_

CUIDADO del OJO FAMILIAR  
CONSENTIMIENTO PERPETUO PARA el DESCARGO DE INFORMACIÓN de SALUD  
PARA el TRATAMIENTO, PAGO los OREGÓN SALUD CUIDADO FUNCIONAMIENTOS  
Y la DECLARACIÓN de la POLÍTICA FINANCIERA (Rev 09232013)

**MUY IMPORTANTE!!!!**

Hemos comenzado a recopilar direcciones de correo electrónico y / o números de teléfono celular para usar para confirmar citas, recordatorios de citas y otras comunicaciones electrónicas a través de un tercero. Por favor, firme a continuación e ingrese su dirección de correo electrónico y número de teléfono celular que muestre su autorización para ser contactado por correo electrónico y / o mensaje de texto.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ /Fecha \_\_\_\_\_  
Direccion de correo electronico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Teléfono celular \_\_\_\_\_

**MEDICARE PART B / la FIRMA de SEGURO COMERCIAL EN ARCHIVO:**

Yo pido ese pago de Medicare autorizado beneficia o la compañía de cualquier otro seguro o se hecha a mí o en mi nombre al Cuidado de Ojo de Familia para cualquier servicio amueblado. Yo autorizo y consiento a cualquier poseedor de información médica o otra incluso los resultados de cualquier HIV (virus del inmunodeficiencia humano) las pruebas sobre mí, soltar al cuidado de salud que financia administración, sus agentes, o la compañía de otro seguro como notaron cualquier información necesitó determinar estos beneficios pagable para los servicios relacionados.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ /Fecha \_\_\_\_\_

**FIRMA de MEDIGAP EN ARCHIVO:**

Yo pido ese pago de beneficios del medigap autorizados se hecho en mi nombre al Cuidado de Ojo de Familia para cualquier servicio amueblado. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí soltar a mi asegurador del medigap que cualquier información necesitó determinar estos beneficios pagable para los servicios relacionados.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ /Fecha \_\_\_\_\_

**REFRACCIÓN-NO CUBRIÓ SERVICIOS:**

Medicare no paga por la parte refractiva de cualquier examen del ojo. Si una refracción (parte de examen que determina su necesidad por los lentes) es necesario durante el examen, Medicare lo desaprobará y lo declarará no es un beneficio de Medicare cubierto. Por consiguiente, el paciente será responsable para el cargo de la refracción.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ /Fecha \_\_\_\_\_

**La COMPENSACIÓN de OBRERO**

Yo autorizo y consiento al tratamiento y descargo de cualquiera y toda la información, incluso los resultados de cualquier HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humano) pruebas que pertenecen a mi diagnóstico y tratamiento a mi patrón, la sección de dirección de riesgo de mi patrón y/o mi supervisor, así como, el portador del seguro para mi patrón.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ /Fecha \_\_\_\_\_

**RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS del RETIRO:**

Yo reconozco habiendo recibido una copia del Aviso de Cuidado del Ojo Familiar de Prácticas del Retiro. Cuando usted firma este documento, usted está de acuerdo que nosotros podemos y usaremos y descubre su información de salud para tratarlo, obtener pago para nuestros servicios y realizar funcionamientos de cuidado de salud. Además, usted certifica que usted ha leído y ha entendido cada uno de los párrafos anteriores y es el paciente o los representative/guardian legales del paciente con el poder ejecutar este documento y aceptar sus términos.

Una copia fotostática de este consentimiento será considerada tan eficaz y válida como el original.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ /Fecha: \_\_\_\_\_  
Garante/Guardian: \_\_\_\_\_ /Fecha: \_\_\_\_\_  
Testigo: \_\_\_\_\_ /Fecha: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- \_\_\_\_\_ Individual refused to sign
- \_\_\_\_\_ Communication barriers prohibited obtaining acknowledgement
- \_\_\_\_\_ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- \_\_\_\_\_ Other (please specify)