

eYe cLinic OPTOMETRY



Bienvenido a nuestra oficina!

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

TELEFONO DE CASA: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_ VARÓN/HEMBRA

OCUPACION: \_\_\_\_\_ ( Circule su respuesta): Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

PADRE/GUARDIAN: \_\_\_\_\_  
(Responsable por el pago) (APELLIDO) (PRIMER NOMBRE)

# DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ LINCENSIA DE MANEJO # \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE TRABAJO: ( ) \_\_\_\_\_ EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

**PERSONA QUE PODEMOS CONTACTAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TEL# ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ RELALACIÓN \_\_\_\_\_

**MÉTODO DE PAGO (NO ACEPTAMOS CHEQUES):**

CASH MASTERCARD VISA ATM EFECTIVO AMX CARE CREDIT OTRO

**NOMBRE DE ASEGURANZA DE LA VISTA (SI TIENE):**

MEDI-CAL MEDI-CARE VSP BLUE CROSS CIGNA AETNA SAFEGUARD Eye Med HEALTH NET MARCH VISION  
DAVIS VISION SUPERIOR VISION COMPBENEFITS OTRO

**CÓMO OISTE HABLAR NUESTRA OFICINA?**

\_\_\_\_ ROTULO EN ESTE EDIFICIO INSURANCE PROVIDER LIST: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ FLYER REFERIDO POR EL DOCTOR: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ PERIÓDICO REFERIDO POR LA ESCUELA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ RADIO REFERIDO POR UN PACIENTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ TV/Cable QUÉ PACIENTE? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ INTERNET OTRO: \_\_\_\_\_

*APRECIAMOS LA REMISIÓN DE AMIGOS Y DE MIEMBROS DE FAMILIA A NUESTRA OFICINA. ¡GRACIAS*

**RASON POR LA VISITA: (CIRCULE SU RESPUESTA)**

(LENTES) / (LENTES DE CONTACTOS) / ( CIRUGÍA DEL OJO CONSULTA) / (VISION BORROSA) / (COMEZON EN EL OJO) /  
( IRRITACION DE OJO) / (OJOS ROJOS) / (DOLOR DE OJOS) / (INFECCION DE OJO) / (LESION DE OJO)

OTRO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONFIDENTIAL

LEONIDAS A. JOHNSON, O.D., A PROFESSIONAL CORPORATION

Dr. Review \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# eYe cLinic OPTOMETRY

Ethnicity: African American, American Indian, Asian, Caucasian, Ethiopian, Hispanic, Middle Eastern, Mediterranean, Pacific Islander, Pilipino

**ULTIMO EXAMEN OCULAR:** 1-2 AÑOS 3-4 AÑOS MAS 5 AÑOS MAS 10 AÑOS NUNCA

## HISTORIA MEDICA

DIABETES  
 ALTA PRESION  
 ASMA  
 ENFERMEDAD DEL CORAZON  
 ARTRITIS  
 DESORDEN DE LA TIROIDES  
 CANCER  
 EYE SURGERY  
 CATARATAS  
 GLAUCOMA  
 ESTRABISMO  
 OTRA CONDICON  
 ALERGIA A UN MEDICAMENTO

## HISTORIA FAMILIAR

DIABETES  
 ALTA PRESION  
 ENFERMEDAD DEL CORAZON  
 CANCER  
 CEGUERA  
 CATARATA  
 GLAUCOMA  
 ESTRABISMO  
 OTRA CONDICION

## HISTORIA SOCIAL

TIENE LICENCIA DE MANEJAR  
 FUMA  
 TOMA BEBIDAS ALCOLICAS  
 UTILIZAR LAS DROGAS ILEGALES  
 VIH+  
 STD  
 ADDICION A LAS DROGAS  
 DEPRECIION  
 ESTRES  
 COMUNIDAD DE LA FE  
 HEPATITIS  
 OTRA CONDICION

MEDICACIONES: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

## REPASO DE SISTEMAS: HA TENIDO PROBLEMAS EN LAS SIGUENTES AREAS? (CIRCULE SU RESPUESTA)

**ALERGIA DE:** Productos lácteos, polvo, ambiental, alimentos, moldes/moho, Pollens, crustáceos

**CARDIOVASCULAR:** Angina, arritmia, enfermedad cardíaca, colesterol, murmullos, palpitaciones, hipertensión, movimiento

**CONSTITUCIÓN:** Apetito exceso de /loss, apagones, fatiga, fiebre, náusea, exceso de la sed, exceso del Urination, pérdida de peso/aumento

**ENDOCRINA:** Enfermedad de Crohn, diabetes, Gout, hipoglucemia, desorden pituitario, enfermedad renal, desorden de la tiroides

**OJOS:** Pérdida repentina de la visión, visión doble, flashes, puntos, sensibles a la luz, fulgor, quemadura, arenosa, orzuelos, fatiga del ojo

**GASTROINTESTINAL:** Ácido-Reflujo, estreñimiento, colitis, diarrea, piedras de la rozadura, hepatitis, intestino inflamatorio, úlcera

**GENITOURNARY:** Infección de la vejiga, impotencia, piedras de riñón, ovárico, postradas, sífilis, gonorrea, Chlamydia, herpes

**CABEZ/OIDOS/NARIZ/GARGANTA/BOCA:** Tos crónica, boca seca, desorden dental, infección del oído, dolor de cabeza, frío principal

**HEMATOLOGIC/LYMPHATIC:** Anemia, Hodgkin, leucemia, célula de hoz, Arteritis temporal, desorden que sangra

**INMUNOLÓGICA:** VIH, SIDA, esclerosis múltiple, miastenia Gravis, sarcoidosis, Sjogren, tuberculosis

**INTEGUMENTARY (PIEL):** Acné, albinismo, dermatitis, eczema, lupus, Rosacea ocular, psoriasis, erupción, quemadura, verrugas

**MUSCULOESQUELÉTICO:** Alcalosis Spondylitis, artritis, llanura, Marfan, distrofia muscular, miastenia, osteoporosis

**NEUROLÓGICO:** Bell, parálisis cerebral, jaquecas, epilepsia, esclerosis múltiple, epilepsia, Parkinson, mental desafiado

**PSIQUIÁTRICO:** Esquizofrenia, bipolar, abuso de sustancia, ansiedad, pánico, jugando, consumición, sexual, sueño, impulso/control

**RESPIRATORIO:** Asma, bronquitis, COPD, enfisema, enfermedad pulmonar, tuberculosis, disfunción sarcoide, respiratoria

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

## LA AUTORIZACIÓN A LA INFORMACIÓN DE LANZAMIENTO Y ASIGNA VENTAJAS DE SEGURO

AUTORIZO POR ESTE MEDIO A MÉDICO INFRASCRITO A LANZAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADQUIRIDA EN EL CURSO DE MI EXAMINACIÓN O TRATAMIENTO, Y ASIGNO POR ESTE MEDIO TODOS LOS PAGOS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS RENDRED. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER CANTIDAD NO CUBIERTA POR MI SEGURO.

## ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA AISLAMIENTO

EN EL CURSO DE PROPORCIONARTE SERIVCES, CREAMOS, RECIBIMOS Y ALMACENAMOS LA INFORMACIÓN DE LA SALUD QUE TE IDENTIFICA. ES A MENUDO NECESARIO UTILIZAR Y DIVULGAR ESTA INFORMACIÓN DE LA SALUD PARA TRATARTE, OBTENER EL PAGO PARA NUESTROS SERVICIOS, Y CONDUCIR LAS OPERACIONES DEL CUIDADO MÉDICO QUE IMPLICAN NUESTRA OFICINA. EL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA AISLAMIENTO DESCRIBE ESTAS APLICACIONES Y ACCESOS DETALLADAMENTE.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

CONFIDENTIAL

Dr. Review \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

LEONIDAS A. JOHNSON, O.D., A PROFESSIONAL CORPORATION