

Jolly Good Eye Care
REGISTRO E HISTORIA DE SALUD DE PACIENTES

Nombre de paciente: _____ Género: __M__F Fecha: _____
 Padre o guardián: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 (si el paciente es menor de edad) Numero de Seguro Social: _____ -- ____ -- ____
 Dirección: _____ Empleo: _____
 _____ Empleado: _____
 Teléfono de residencia: _____ Teléfono de trabajo: _____
 Seguro de visión/ médico: _____ Persona de recomendación: _____
 ¿Cómo se usa lentes correctivos? __ Sí __ No En caso afirmativo, usted usa: __ anteojos __ lentes de contacto

Síntomas Visuales de Paciente (Marca cada uno que usted ha tenido)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ningún, examen rutinario
No Problems, Routine Exam | <input type="checkbox"/> Visión variable
Change in Vision | <input type="checkbox"/> Constante parpadeo
Eye twitch |
| <input type="checkbox"/> Visión distante empanada
Blurred Distance | <input type="checkbox"/> Miras relámpagos
Flashes | <input type="checkbox"/> Ardor en los ojos
Burning Eyes |
| <input type="checkbox"/> Visión cerca empanada
Blurred Near | <input type="checkbox"/> Miras cosas flotantes o manchas
Floaters | <input type="checkbox"/> Irritación de ojos
Irritation |
| <input type="checkbox"/> Incomodidad a visuales distantes
Visual Discomfort (Distance) | <input type="checkbox"/> Forzar la vista
Visual Fatigue | <input type="checkbox"/> Comezón en los ojos
Itchy Eyes |
| <input type="checkbox"/> Incomodidad a visuales cercas
Visual Discomfort (Near) | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza
Headaches | <input type="checkbox"/> Ojos llorosos
Watery Eyes |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz
Light Sensitivity | <input type="checkbox"/> Vista pérdida temporal
Temporary Loss of Vision | <input type="checkbox"/> Ojos secos
Dry Eyes |
| <input type="checkbox"/> Visión doble
Double Vision | | |

Historia de Salud Familiar y de Paciente (Marca cada uno, si algún familiar o usted ha tenido)

Tú	Familia	Tú	Familia	Tú	Familia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ningún problema No Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Condiciones de Corazón Heart Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ceguera Blindness
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alergias Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alta presión High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cataratas Cataracts
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asma Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Separación de retina Retinal Detachment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pobre vista de color Colorblindness
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Desmayarse Fainting/Dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Condiciones de tiroides Thyroid Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glaucoma Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cáncer Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tuberculosis Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ojo Perezosos Lazy Eye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ojos Torcidos Strabismus, Turned Eye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cirugía de ojo Eye Surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesión ocular Eye Trauma/Injury		

Explique sobre su salud si es necesario: _____

¿Actualmente estas tomando alguna medicina? _____

¿Es usted alérgico a algunas medicinas? _____

Forma de pago: __Dinero __Cheque __MC __VISA __AMEX __Discover __De Seguros __Otra

Los costos de servicio profesional no serán retornados.

Firma (Padres o Guardián, si paciente es menor)

Nuestra Meta: Cuidado profesional y de alta calidad para sus ojos. Estamos dedicados a la prevención de enfermedades de los ojos así como la detección temprana. Usando la técnicas y el equipo más avanzado podemos a menudo, identificar cambios en las primeras etapas antes de que se conviertan en un problema. Por estas razones, recomendamos seriamente que nuestros pacientes reciban el siguiente examen como parte de su análisis visual.

Análisis del Campo Visual

La mayor parte las causas principales de ceguera en los Estados Unidos pueden se detectadas por cambios en el campo de la visión. Un instrumento automatizado altamente sofisticado ahora nos permite proporcionar un examen visual más completo. Este instrumento indica si hay pérdida de visión en las áreas centrales (derecho) y periféricas (lateral). Este análisis nos asiste en la detección temprana de glaucoma, problemas de la retina, algunas enfermedades neurálgicas (tales como tumores cerebrales y enfermedades del nervio óptico) y nos permite diagnosticar mejor las causas de dolores de cabeza. Desafortunadamente, la mayoría de los defectos visuales no son notados por una persona hasta en las últimas etapas. Descubrimiento temprano aumenta significativamente la posibilidad de corregir el defecto, o por lo menos de reducir al mínimo sus efectos.

El precio para este examen adicional es de solamente **\$20.00**.

¿Usted desea que se le haga el Análisis del Campo Visual? Sí No

Dilatación del Ojo

Cada persona debe hacerse un examen de Dilatación del Ojo regularmente. Requerimos la dilatación para todos los nuevos pacientes para obtener una base de salud ocular. Para examinar completamente la parte interior del ojo para enfermedades tales como glaucoma, catarata, tumores y separaciones retínicas; necesitamos poner gotas en sus ojos para dilatar (agrandar) sus pupilas. Los efectos secundarios son visión nublada (bajo 50 años de edad), y sensibilidad a la luz. En algunos individuos, la visión distante puede también ser nublada. Se requiere 4 a 6 horas para que su visión vuelva a normal. Durante este tiempo debe ejercer precaución cuando suba o baje escalones, maneje su vehículo, utilice maquinaria peligrosa, y otros quehaceres que presenten riesgo de heridas serias. Estamos conscientes que el horario de cada paciente no siempre permitirá llevar a cabo este procedimiento. Sin embargo, los beneficios de dilatar sus ojos sobrepasan las desventajas y le recomendamos a nuestros pacientes que dilaten sus ojos cuando sea posible. Proporcionaremos gratis protectores solares desechables si tiene sensibilidad a la luz. La mayoría de los seguros pagan por el examen de Dilatación, por favor pregunte a nuestro personal si no está seguro.

El precio para este examen adicional es **\$25.00**.

¿Usted desea sus ojos dilatados hoy? Sí No

¿Si no hoy, desea volver otro día para un examen de dilatación retina? Sí No

Si usted elige no tomar uno ambos exámenes mencionados arriba, por favor firme abajo para liberarnos de esta responsabilidad: Yo he sido informado(a) por Jolly Good Eye Care de la importancia del Análisis Visual y Dilatación. He elegido no tomar uno o ambos de los exámenes y no sostenerse los doctores y/o su personal responsable por alguna enfermedad patológico que no se detecta debido a la falta de información que pudo haber sido obtenida por los exámenes descrito arriba.

Firma (Padres o Guardián, si paciente es menor)

Fecha

DERECHOS DEL PACIENTE

El doctor y el cuerpo de trabajo de esta dedicado en servirle a usted en todas sus necesidades visuales, con el mejor profesionalismo, cuidado y servicio que podamos ofrecerle. Si tiene cualquier tipo de preguntas durante su examen de vista, por favor siéntase con toda la libertad de preguntar.

Nosotros estamos felices de que usted esté con nosotros, y deseamos hacer lo mejor para servirle. Sinceramente deseamos que su visita sea placentera. Por favor esté al tanto de las reglas de la oficina en general.

(1) **Términos de pago:**

Todos los pagos por el servicio y materiales son hechos al tiempo que se proveen. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, y tarjetas de crédito. **Los costos de servicio profesional no serán retornados.**

(2) **Póliza de prescripción y lentes:**

Prescripciones escritas por nuestro doctor y surtidas aquí: Nosotros damos (30) días para que usted se adapte a su nueva prescripción. Si es necesario, una vista para revisar la prescripción será proveída, y si se requiere cambio de lentes, lo haremos sin ningún costo dentro de esos (30) días. Después de (30) días, se cobrarán los costos normales por un examen de nuevo. Prescripciones de otros doctores surtidas aquí: Si hay cambio en la receta y el doctor escribe una prescripción nueva dentro de los (30) días, será hecha una vez sin ningún cargo adicional alguno. Cambios en la receta después de hacerlos una vez o después de (30) días se cobrarán los costos regulares.

Prescripciones escritas por nuestro doctor y surtidas en otro óptica: Si los lentes fuesen hechos y se requiere un cambio de prescripción, no seremos responsables si hay costo en esto. La mayoría de ópticas hacen los lentes sin costo alguno si hay un cambio en la prescripción, pero el paciente es responsable de informarse de estas pólizas antes de hacer la compra.

(3) **Póliza de lentes de contacto:**

Con respecto a lentes de contacto: Si usted desea probar algunos, nosotros estamos en la mejor disposición de probárselos, después de su examen básico de los ojos, sin ninguna obligación para usted. Si usted decide que quiere los pupilentes o sale de las oficina con ellos se le cobrara un pequeño costo por probarlos. El costo varía de acuerdo al tipo de pupilentes que necesite.

En cuanto a pupilentes, todas las visitas de seguimiento dentro de 30 días están incluidas en el paquete de pago inicial. Después de 30 días el paciente pagara el costo regular de una visita la oficina.

Toda caja de lentes de contacto que sea abierta por el paciente no se podrán retornar.

(4) **Aseguranzas:**

Con respecto a aseguranzas: Nuestra oficina procesa un alto volumen de aseguranzas y es por eso que tenemos que seguir ciertas reglas. Tendremos gusto de mandar cobrar a su aseguranza mientras nosotros seamos proveedores de su aseguranza. Ellos le reembolsaran su dinero. Si nosotros somos proveedores de su aseguranza y al mandar cobrar no nos pagan usted será responsable por el balance que no se ha pagado. Nosotros mandamos cobrar a las aseguranzas una segunda vez no más si la primera vez no nos pagan.

(5) **Llamadas telefónicas automatizadas:**

Utilizamos las llamadas telefónicas para recordar a los pacientes de sus citas. Vamos a utilizar el número de teléfono que usted proporciona y la llamada puede ser en vivo o pregrabado.

Firma (Padres o Guardián, si paciente es menor)

Fecha

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La ley requiere que Jolly Good Eye Care haga todo esfuerzo a informarle a Ud. de sus derechos en cuanto a su información médica personal. Al información médica personal. Al firmar abajo, yo reconozco que:

- Yo leí o se me explico el Aviso de Prácticas de Privacidad de Jolly Good Eye Care y consiento a continuar mi tratamiento por Jolly Good Eye Care bajos los términos mencionados.
- Yo tenía la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad de Jolly Good Eye Care y la rehusé pero quiero continuar mi tratamiento con Jolly Good Eye Care bajo los términos de las prácticas de privacidad de Jolly Good Eye Care.
- Yo leí o se me explicó el Aviso de Prácticas de Privacidad de Jolly Good Eye Care y no quiero continuar tratamiento con Jolly Good Eye Care bajos los términos mencionados.
- El Aviso de Prácticas de Privacidad no podía leerse por la naturaleza de mi tratamiento o por las razones siguientes:

LEÍ ENTIENDO ESTE DOCUMENTO. LO FIRMO VOLUNTARIAMENTE.

Firma (Paciente)

Fecha

Si, U., está firmando como representante personal del paciente, por favor indique su relación.

Firma (Padres o Guardián, si paciente es menor)

Fecha