



Bienvenidos a NovaEyes

(Por favor, responda todas las preguntas. Su información es confidencial y protegida por el Acta de Privacidad.)

Tomamos seguros **Médicos y de Visión**. Por favor, denos la información de **ambos**. {Denos las tarjetas para escanearlas}

Mr. Mrs. Miss Dr. Sexo: Hombre Mujer Menores de edad, Nombre del apoderado: _____

Nombre: _____ Fecha: _____
 Primero Segundo Apellido

Dirección: _____ Apt # _____ Ciudad _____ Estado _____ Área postal _____

Teléfono (celular): _____ (casa): _____ (trabajo): _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación (o grado escolar): _____ Empleador (o Escuela): _____

Historial Médico Personal ¿Cual es el motivo de su visita hoy? _____

¿Tiene alguno de estos problemas? Visión borrosa Ojos rojos Lagrimeo Visión doble Resequedad Picazón Alergias

Degeneración Macular Flotadores/Luces Dolor de cabeza Cataratas Glaucoma Problemas Retíales Dolor de ojos Heridas

Ojo débil Iritis/Uveítis Sensación arenosa Sensibilidad a la luz Ojo bizco Contracción nerviosa Otro _____

¿Cirugía ocular?: Ninguna Lasik PRK Cataratas Retina Glaucoma Párpados Otro _____

¿Último examen de la vista? (Aproximadamente) _____ Nombre del Doctor / oficina: _____

¿Alguien en su familia tiene historia de alguno de estos problemas de visión?

Degeneración Macular Glaucoma Problemas Retíales Ojo bizco Cataratas Otro _____

¿Usa Anteojos/Lentes? Si No Si los usa, ¿los tiene con usted ahora? Si No

Los usa: Tiempo completo Parte del tiempo Para leer Distancia/Manejar Computadora Seguridad

Horas en el día que usa computadora, teléfono, lee, etc.: 1-3 3-6 6+ HRS. Sus ojos le arden con estas actividades? Si No

¿Usa Lentes de Contacto? Si No ¿Ha usado Lentes de Contacto antes? Si No

¿Qué tipo? Astigmatismo Color RGP/Rígidos Suaves Bifocal Mono visión Mensuales 2 semanas Desechables

¿Qué marca de Lentes de Contactos usa? _____ Duerme con sus lentes de contacto? Si No

¿Qué tan seguido los substituye sus Lentes de Contacto? _____ ¿Siente resequedad? Si No ¿Visión Borrosa? Si No

¿Está interesado/a en probar la última tecnología en lentes de contacto? Si No

Por favor, continúe con la parte de atrás

Historia Social

BMI info: Altura _____ ft. _____ in. Peso _____ lbs. Raza/Etnicidad _____

¿Usa tabaco? Si No¿Está embarazada? Si No ¿Amamantando? Si No

Historial Médico Personal *Muchas condiciones médicas pueden afectar su visión y sus ojos.*

¿Quién es su Doctor primario? _____

Escriba todos los medicamentos que toma: _____

¿Tiene alergias a medicamentos?: Ninguna Penicilina Sulfuro Otros: _____ Marque esta caja si NO tiene ninguna condición medicas. (Si las tiene, por favor marque las cajas que aplican)

Constitucional <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> pérdida de peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Cáncer	Neurológico <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Migrañas	Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Reflujo ácido <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn
Alergias/Inmunológico <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Alergia a medicinas <input type="checkbox"/> Alergia Ambiental <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide <input type="checkbox"/> Lupus	Endocrino <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides <input type="checkbox"/> Disfunción hormonal	Músculos/ Esquelético <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Distrofia muscular <input type="checkbox"/> Osteoartritis
Cardiovascular <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Colesterol Alto	Sangre/Linfático <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	Intergumentario /Piel <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Rosácea <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Cáncer de piel
Genital, Riñones & vejiga <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Infección de vías urinarias <input type="checkbox"/> Problemas de riñón <input type="checkbox"/> ETS (STD): Herpes, Chlamydia, etc. <input type="checkbox"/> HIV	Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Insomnio	Respiratorio <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
Oídos, nariz & garganta <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Infección de las vías respiratorias <input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro	<input type="checkbox"/> Otro _____

Examen de Dilatación de la Retina

Como parte de un examen completo de los ojos, la Dilatación es muy recomendada. Le aplican unas gotas en los ojos para que las pupilas se expandan y el Doctor pueda ver mejor la parte posterior de su ojo. **Es recomendada especialmente si es su primer examen de la vista, si tiene Diabetes, Presión Alta, Problemas Retíneales, Luces/Flotadores, o una prescripción muy alta.** El proceso toma **30 minutos adicionales**, y su visión estaría borrosa de 4 a 6 horas. Algunas personas no se sienten cómodas al conducir después de la dilatación debido a la sensibilidad a la luz y la visión borrosa a la distancia. **La dilatación no es incluida en algunos planes de seguros o el examen básico. Es un cargo adicional de \$40 dólares.** El Doctor puede requerir la dilatación a base de los hallazgos durante el examen para obtener un diagnostico preciso de la salud.

 Si, me gustaría la Dilatación hoy No quiero Dilatarme hoy Hare una cita para la Dilatación después

Liberación de información de seguros

Al hacer un reclamo del tercer partido, yo autorizo la liberación de mi información médica para procesar mi reclamo del tercer partido. Yo autorizo a NovaEyes /Paul Cho and Associates, PLLC a presentar una denuncia en mi nombre. Si mi proveedor de tercer partido no maneja correctamente mi reclamo, autorizo la liberación de cualquier información pertinente a mi caso, a terceras personas, ajustador o abogado involucrado en la resolución de la situación financiera de mi cuenta. Yo autorizo a mi plan del tercer partido a NovaEyes/Paul Cho and Associates, PLLC directamente. Si mi plan no paga este reclamo, estoy de acuerdo en ser responsable por el pago de estos servicios profesionales.

Firma _____

Fecha _____

Reconocimiento de privacidad y consentimiento voluntario

En la prestación de servicios a usted, nosotros creamos, recibimos y verificamos la información de salud que le identifica. A menudo es necesario usar y revelar esta información con el fin de tratar y llevar a cabo operaciones de atención medica con nuestra oficina. El aviso de prácticas de privacidad publicada en nuestra oficina describe estos usos y divulgaciones en detalle. Por favor consulte este aviso en cualquier momento antes de firmar este formulario de consentimiento. Copias están disponibles para sus documentos personales.

He leído este recibo y formulario de consentimiento y lo entiendo. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud para fines de tratamiento, pago y opciones de cuidado de la salud.

Firma _____

Si firma como un representante personal del paciente, por favor indique su relación con el paciente e imprima su nombre.

Relación al paciente _____

Nombre _____