

Dr Coker Family Eye Care

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA

Fecha de Hoy _____

Información del Paciente

Apellido _____
 Nombre _____
 Inicial del Segundo Nombre _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____
 Código Postal _____
 Teléfono de la Casa _____
 Teléfono del Trabajo _____
 Seguro Social del Paciente _____
 Empleador (o Escuela) _____
 Ocupación (o Curso/Grado) _____
 Esposo/a (o Madre/Padre) _____
 Esposo (o Trabajo del Padre) _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
 Sexo: M F
 Dirección de Correo Electrónico _____

¿Cual es el propósito principal de su visita?

¿Tiene algún problema con sus actuales lentes de contacto o anteojos?

MUY IMPORTANTE, SOLO PARA NUEVOS PACIENTES:

¿A quien debemos agradecerle por haberle recomendado nuestra oficina?

Nombre del amigo o pariente _____

Si nadie le recomendó nuestra oficina, ¿Cómo nos escogió?

- Otro Medico
 Lista de Proveedores del Seguro Medico
 Vio el Cartel / Edificio
 Periódico/Radio/TV
 Paginas Amarillas: ¿Cual Directorio? _____
 Internet: ¿Que Sitio de la Web? _____
 Otro _____

Nuestra misión en el cuidado de los ojos de la familia del Dr. Coker es proporcionar la más alta calidad del cuidado de los ojos para alcanzar un curso de la vida de la grandes salud y visión del ojo. Nos enorgullecemos en crear una atmósfera amistosa de la familia mientras que le sirven con las formas avanzadas de prueba y de tratamiento.

Ésta es nuestra promesa a usted.

Información del Seguro Medico

Favor de notar que su Seguro Medico NO cubre el costo de la Evaluación de Seguimiento para los Lentes de Contacto.

Seguro Visual _____
 Nombre del Asegurado _____
 Seguro Social del Asegurado _____
 Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

Seguro Medico Principal _____
 Nombre del Asegurado _____
 Seguro Social del Asegurado _____
 Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

¿Participa UD en una Cuenta de Gastos Médicos Flexible?
 Si No

¿Cómo va a pagar su cita medica hoy?
 Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito

Preguntas sobre su Estilo de Vida

(Marque la caja con una "X" si la respuesta es "SI")
 ¿UD...

- ...trabaja con una computadora? Si la respuesta es SI, por favor complete el cuestionario sobre computadoras.
 ...piensa que se podría beneficiar con el uso de lentes más finos y delgados?
 ...esta interesado en "probar" el ultimo de los diseños de lentes de contacto?
 ...pasa tiempo al aire libre? Cuanto tiempo? _____ Hrs/semana
 ...usa anteojos para nadar con prescripción medica?
 ...prefiere no usar sus lentes a veces?
 ...desea información sobre la Cirugía a Láser para corregir la visión?
 ...esta interesado en un procedimiento no-quirúrgico para corregir su visión?
 ...tiene mas de un par de lentes con su actual prescripción medica?
 ... tiene hijos?
 ... tiene familiares que necesitan que necesitan cuidado de la visión?

¿Alguna vez UD ha sido diagnosticado o tratado por alguna de estas experiencias o enfermedades?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Visión Borrosa | <input type="checkbox"/> Sensación de Quemadura |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Abrasión de la Cornea |
| <input type="checkbox"/> Ojos cruzados/Ojo virado | <input type="checkbox"/> Visión Doble |
| <input type="checkbox"/> Infección en los Ojos | <input type="checkbox"/> Heridas en los Ojos |
| <input type="checkbox"/> Destellos de Luz | <input type="checkbox"/> Manchas/Líneas Flotantes |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Basura en los Ojos |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Iritis/Uvitis |
| <input type="checkbox"/> Picazón | <input type="checkbox"/> Ojo Vago |
| <input type="checkbox"/> Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> Resequedad Ocasional |
| <input type="checkbox"/> Desprendimiento de la Retina | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la Luz |
| <input type="checkbox"/> Lagrimeo | <input type="checkbox"/> Problemas para ver en la noche |
| <input type="checkbox"/> Lentes Incómodos | |
| <input type="checkbox"/> Otra Enfermedad Ocular _____ | |

La información en esta Forma de Historia Clínica Confidencial es crítica para la evaluación de su Visión y su Salud.

Historia Médica del Paciente

Nombre de su Médico Personal _____
 Ciudad _____
 Fecha de la última visita médica _____

MEDICACIONES QUE USA ACTUALMENTE (Con o sin prescripción)

(Escriba el nombre de todas las medicinas incluyendo gotas para los ojos, vitaminas, y píldoras anticonceptivas)

¿Alergias a alguna medicina? Si No

¿A que medicinas tiene alergia? _____

¿Ha tenido alguna Operación Quirúrgica? Si No

¿Usa cigarrillos/tabaco, alcohol, o alguna otra sustancia? Si No

¿A UD alguna vez se le ha diagnosticado o se le ha tratado algunas de estas enfermedades? Si No

Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado/Linfomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Digestivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oídos/Nariz/Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glándulas Endocrinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczema/Picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genito-urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Sanguínea Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integumentario (Piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Músculos/Huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones de la Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento/Perdida inusual de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia Ocular del Paciente

Fecha del Último Examen Visual _____
 ¿Quién realizó el Examen? _____

¿Alguna vez a intentado usar lentes de contactos? Si No

¿Usa actualmente lentes de contacto? Si No

¿Qué tipo? _____

¿Qué soluciones usa? _____

¿Se siente satisfecho/a con su visión y la comodidad del uso de sus lentes de contacto? Si No

¿Preferiría UD lentes de contacto transparentes o de colores? Transparente De Colores

Si UD usa lentes bifocales, ¿Le molestan las líneas o le molesta tener que mover la cabeza para ajustar la visión?

Si No

Historia Médica/ Ocular de su Familia (Marque todas las que se aplican)

¿Hay alguna historia médica familiar de alguna de las enfermedades que se indican a continuación?
 No Si (Por Favor marque las cajas)

Relación Familiar (del lado de la Madre o Padre)

Ceguera	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>
Problemas en la Cornea	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/>
Ojo Vago	<input type="checkbox"/>
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>
Problemas Retinales	<input type="checkbox"/>

Por favor tome en cuenta que si UD esta usando su Seguro Médico para cubrir los gastos de su visita médica de hoy, esta cobertura médica es un contrato entre UD y su Seguro Médico ...y no con BCD Eyecare.

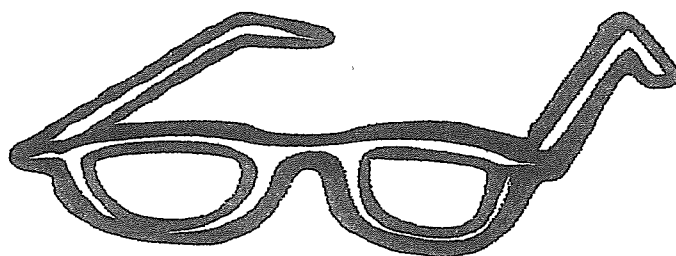
Si la Compañía de su Seguro Médico no ha cancelado el total de su planilla médica a nuestra oficina dentro de 60 (o 90) días, su valor será cargado a su tarjeta de crédito y su Seguro Médico le re-embolsará este valor directamente a UD. (Si por error su Seguro Médico nos envía el cheque a nuestra oficina, nosotros endorsaremos el cheque y se le enviaremos directamente a UD)

Por favor escriba el número de su Tarjeta de Crédito (CC#) y la Fecha de Expiración:

CC#: _____

Fecha de Expiración: _____

Nombre: _____



Dr Coker Family Eyecare
**AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN
DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

Las leyes de privacidad limitan nuestra habilidad de comunicar la información de su salud con las personas sin su permiso escrito, aunque sean de familia. Por favor indica todas las personas con quien usted nos autoriza compartir su información médica. Su firma nos permite compartir su información efectivo de la fecha que esta firmado, Hasta cuando usted lo revoque por escrito. Si usted no desea compartir su información medica por favor escriba "Myself Only" en la primera linea.

Nombre	Relacion	Toda la informacion	Horario	Facturacion

Toda La información que he proporcionado a la oficina es preciso a lo mejor de mi conocimiento. He leído y entiendo el contenido de este forma de consentimiento.

Firma del paciente
o de la Persona Responsable: _____ Fecha: ____/____/____

Firma de Representante
de la Oficina: _____ Fecha: ____/____/____