



Nombre: _____
#Número de Cuenta: _____

Información Del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial de SN: _____ Sufijo: _____
#Teléfono De Casa: _(____)_____ Trabajo: _(____)_____ Celular: _(____)_____
Contacto Preferido #: Casa Trabajo Celular Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado
SS: _____ - _____ - _____ FDN: _____/_____/_____ Sexo: M F
Idioma Preferido: Inglés Español Otro _____
Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal: _____
Dirección de envío (de cobro): _____
Dirección de Correo Electrónico: _____ Empleador / Ocupación: _____
¿Es Residente de Tiempo Completo? Sí No *Si No, ¿Cuál Otra Dirección?:* _____
Médico de Atención Primaria: _____ Dirección: _____

¿A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestro consultorio médico?

Oculista: _____ Otro Doctor: _____
 Familia / Amigo Seguro Empleador Sitio Web TV Revista Periódico Internet Cartelera
 Páginas Amarillas MFE Autobús Seminario / Feria de Salud Otro _____

GARANTE O PARTE RESPONSABLE:

Yo (Paciente) Otro (Si el Paciente es Menor de Edad)

Si Otro, Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial de SN: _____ Sufijo: _____
#Teléfono De Casa: _(____)_____ Trabajo: _(____)_____ Celular: _(____)_____
FDN: _____/_____/_____ Relación con el Paciente: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Además del número de teléfono mencionado anteriormente)

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____
#Teléfono De Casa: _(____)_____ Trabajo: _(____)_____ Celular: _(____)_____

SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Empresa: _____ ID#: _____ Grupo #: _____
Nombre del Asegurado: _____ FDN: _____/_____/_____ Relación con el Paciente: _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

Empresa: _____ ID#: _____ Grupo #: _____
Nombre del Asegurado: _____ FDN: _____/_____/_____ Relación con el Paciente: _____

SEGURO DE VISIÓN ** Plan Oftalmológico (Tenga en cuenta que, en este momento, MFEC solo acepta el Plan *Vision Care* para la atención rutinaria de la vista) **

ID#: _____ Grupo#: _____ Nombre del Titular de la Póliza: _____
FDN: _____/_____/_____ Relación con el Paciente: _____

X _____ **X** _____
Firma del Paciente Fecha Firma del Padre o Guardián Fecha

FORMULARIO DE CONTACTO ALTERNATIVO/MÉTODO PREFERIDO DE COMUNICACIÓN

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Esta autorización permite que nuestro personal hable solo con las personas que usted designe en caso de que no esté disponible para recibir llamadas telefónicas o usted tenga un miembro adulto que ayude a coordinar su atención médica. No debe designar a su médico.

Como parte de nuestra Póliza de Privacidad del Paciente, no dejaremos ninguna información de salud con ninguna otra persona a menos que usted lo autorice específicamente a continuación:

Opción 1

(Iniciales) _____ NO autorizo a nadie a recibir información sobre mi atención médica

Opción 2

Autorizo a mi médico y al empleado de esta clínica a hablar con:

1. Persona: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Citas y cuenta/factura

Tratamiento y atención médica (incluyendo resultados de pruebas y resultados de laboratorio)

2. Persona: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Citas y cuenta/factura

Tratamiento y atención médica (incluyendo resultados de pruebas y resultados de laboratorio)

3. Persona: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Citas y cuenta/factura

Tratamiento y atención médica (incluyendo resultados de pruebas y resultados de laboratorio)

Favor de seleccionar sus métodos de comunicación preferidos principal y secundario:

Teléfono del hogar/Maquina de contestar

Carta por correo

Teléfono del trabajo

Teléfono celular (Correo de voz)

Teléfono celular (Mensaje de texto)

Correo electrónico: _____

La comunicación electrónica es mi método preferido: Sí No

(Para comunicarnos electrónicamente con usted o cualquier persona que usted designe, debemos tener su permiso por escrito).

Esta autorización permanecerá vigente a menos que yo la modifique mientras sea un paciente en esta oficina. Es mi responsabilidad notificar a esta oficina de los cambios y completar un nuevo formulario. Cualquier problema y/o pregunta con respecto a este formulario debe remitirse al Oficial de Privacidad.

Acepto que, si deseo revocar esta autorización, lo notificaré por escrito.

X _____

Firma del Paciente

Fecha

X _____

Firma del Garante

Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Entiendo que la palabra Paciente, puede definirse como yo, mi hijo o un niño por el cual tengo responsabilidad legal, necesita atención y tratamiento médico y doy mi consentimiento para dicho tratamiento en Mid Florida Eye Center. El tratamiento brindado por proveedores médicos, enfermeras y asistentes médicos en Mid Florida Eye Center puede incluir evaluación y manejo, laboratorio y otras pruebas; atención y procedimientos médicos, de enfermería y auxiliares médicos de rutina. Entiendo que se pueden tomar fotos o videos del paciente en relación con dicho tratamiento y para mejorar la calidad y el funcionamiento.

Sin garantía: Reconozco que no se han hecho garantías con respecto al tratamiento o los servicios que proporcionará Mid Florida Eye Center. Entiendo que todos los suministros, aparatos médicos y otros bienes proporcionados al paciente son proporcionados por Mid Florida Eye Center TAL CUAL y Mid Florida Eye Center renuncia a cualquier garantía expresa o implícita.

Derechos del paciente: Entiendo que una copia de los Derechos y responsabilidades del paciente está disponible a pedido. Esta información me indica cómo registrar una queja o reclamo que pueda tener en relación con la atención del paciente en Mid Florida Eye Center.

Pruebas de enfermedades transmisibles: Acepto que si un empleado o proveedor de Mid Florida Eye Center está expuesto a la sangre u otro fluido corporal del paciente, de conformidad con la ley de Florida, Mid Florida Eye Center puede realizar pruebas al paciente para determinar la presencia de enfermedades transmisibles, incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y hepatitis. Entiendo que los resultados de estas pruebas se mantendrán confidenciales.

Eliminación de espécimen: Reconozco que Mid Florida Eye Center puede, a su entera discreción, retirar, retener o eliminar cualquier tejido o parte del cuerpo extraído del paciente.

Mensajes de texto: Entiendo que Mid Florida Eye Center puede proporcionar notificaciones a mi teléfono celular. Estos textos son textos al cual No Responder, son solo con fines informativos y No pretenden ser una forma de comunicación mutua. Reconozco que se aplicarán las tarifas estándar de mensajes de texto. Los mensajes pueden incluir información privada de salud y facturación protegida por las leyes federales y estatales. La mensajería utiliza una red telefónica pública y no se garantiza la seguridad y el cifrado total, y cualquier persona con acceso a mi teléfono podrá ver estos mensajes a menos que tome medidas para proteger mi teléfono con una contraseña o PIN. Tendré la posibilidad de optar por no recibir mensajes de texto en cualquier momento mediante el uso de la función DETENER.

Acceso a la información de la farmacia: Acepto que si un empleado o proveedor de Mid Florida Eye Center necesita acceder a la información de mi farmacia, tiene mi permiso para hacerlo.

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso de Prácticas de Privacidad

Nuestra póliza de "Aviso de Prácticas de Privacidad", disponible en la recepción y también en nuestra línea web, brinda información detallada sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Los detalles de esta póliza cumplen plenamente con todas las disposiciones, incluidas las actualizadas más recientemente, de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico aprobada en 1996 (HIPPA). Nuestro "Aviso de prácticas de privacidad" establece que nos reservamos el derecho de cambiar los términos dentro de nuestra póliza. Si esto sucediera, mostraremos y pondremos a disposición la nueva póliza y su perspectiva de fecha de implementación. Tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar su información médica protegida para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar sus restricciones; sin embargo, si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo con usted.

Al firmar a continuación, reconozco haber recibido el "Aviso de Prácticas de Privacidad" y doy mi consentimiento para que use y divulgue información médica protegida sobre mí para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando la práctica ya haya hecho divulgaciones en fideicomiso sobre mi consentimiento previo.

X _____
Firma del Paciente

Fecha

X _____
Firma del Garante

Fecha

PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN

NOMBRE: _____

FECHA: _____

ESTE AVISO DESCRIBE NUESTRAS PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN, POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE.

En Mid Florida Eye Center, puede esperar recibir servicios médicos de manera profesional y atenta. Estamos comprometidos a brindarle el más alto nivel de servicio y atención de calidad. A cambio, es su responsabilidad proporcionar la información de su seguro. Tenga a mano su identificación con foto y la información actual del seguro en su visita para asegurarse de que su reclamo se pueda procesar de inmediato.

1. **CITAS:** Le solicitamos que mantenga las citas programadas y llegue a la hora reservada. Si no puede asistir a su cita, avise con al menos 48 horas de antelación. (Las cancelaciones de menos de 24 horas antes de su cita, o la ausencia de su cita, resultarán en una tarifa de \$ 50 por paciente). Nos reservamos el derecho de no programar citas de rutina adicionales para usted si tiene algún saldo restante para trato previo que recibiste con nuestras oficinas.

2. **COPAGOS:** De acuerdo con su contrato de seguro, usted está obligado a pagar cualquier copago (una pequeña cantidad fija requerida por su seguro de salud), deducible (cantidad del cual es responsable antes de que su seguro de salud realice el pago), o coaseguro (porcentaje del costo total de los gastos médicos después de haber alcanzado su deducible) adeudado en el momento del servicio. Si no puede pagar el copago en el momento del servicio, nos reservamos el derecho de cancelar o reprogramar su cita para un momento en el que esté preparado para pagar su copago. Además, si su cita se mantiene sin el pago del copago en el momento del servicio, nos reservamos el derecho de cobrar un cargo administrativo de \$10 a su cuenta para sufragar el costo de asegurar el copago.

3. **REPUESTO DE RECETAS/FORMULARIOS:** Solicite cualquier recargo de recetas y presente los formularios que deben completarse al comienzo de su examen. En ese momento, tenemos pleno acceso a su registro completo y podemos cumplir con su solicitud. Nos reservamos el derecho de cobrar la cantidad permitida por el estado por llenar y completar formularios o solicitudes de abogados para sus diversas necesidades (es decir, SSI, discapacidad, etc.).

4. **REFERENCIAS:** Si su plan de seguro requiere una referencia, la referencia debe presentarse antes de ver a un médico. Si no tiene la referencia requerida, nos reservamos el derecho de reprogramar su cita o tendrá que estar dispuesto a hacerse cargo del costo total del examen.

5. **CHEQUES DEVUELTOS:** Cualquier pago realizado con cheque que no salde nuestra cuenta bancaria resultará en un cargo por fondos insuficientes. Nuestro cargo por fondos insuficientes es de \$25 y se agregará a su cuenta por cada cheque sin fondos.

6. **OTRO SEGURO:** Entiendo que Mid Florida Eye Center participa con múltiples planes de seguro y que no todos los Doctores en Práctica participan con todos los planes o productos dentro de los planes. Entiendo que es mi responsabilidad verificar con mi compañía de seguros que mi médico participe actualmente en mi plan. El que firme abajo acepta que *estoy individualmente obligado a pagar los cargos completos de todos los servicios que me brindó Mid Florida Eye Center si pertenezco a un plan en el que Mid Florida Eye Center no participa.*

(CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA)

CONTINUACION - PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN

7. **SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Entiendo que Mid Florida Eye Center tiene contratos con planes de servicios de atención médica relacionados únicamente con artículos y servicios que están cubiertos por los planes de servicios de atención médica. En consecuencia, el que firme abajo acepta la responsabilidad financiera total por todos los artículos o servicios que los planes de servicios de atención médica determinen que no están cubiertos. **Ejemplos de servicios no cubiertos incluyen, entre otros, servicios no especificados como cubiertos en el contrato del paciente con un plan de servicios de atención médica o en el resumen de beneficios que el plan de servicios del plan de atención médica brinda al paciente (es decir: refracción, ajustes de lentes de contacto) y tratamientos o pruebas no autorizados por el plan de servicios de atención médica.** El que firme abajo acepta cooperar con Mid Florida Eye Center para obtener las autorizaciones necesarias del plan de servicios de atención médica.

8. **ACUERDO FINANCIERO:** Acepto que a cambio de los servicios que me brindó Mid Florida Eye Center, pagaré mi cuenta en el momento en que se preste el servicio o haré arreglos financieros satisfactorios para Mid Florida Eye Center para el pago. Entiendo y acepto que si mi cuenta está morosa, se me puede cobrar un interés del 1.5% (uno y medio por ciento) por mes, 18% (dieciocho por ciento) por año. Si se envía una cuenta a un abogado para el cobro, acepto pagar los gastos de cobro y los honorarios razonables del abogado del 33.3% (treinta y tres, y un tercio por ciento) del saldo adeudado, ya sea que se presente o no una demanda. Cualquier beneficio de cualquier tipo bajo cualquier póliza de seguro que asegure al paciente, o cualquier otra parte responsable ante el paciente, se asigna a Mid Florida Eye Center. Si mi compañía de seguros o plan de salud designa copagos y/o deducibles, acepto pagarlos a Mid Florida Eye Center. Sin embargo, se entiende que el firmante y/o el paciente indicado abajo son los principales responsables del pago de mi factura.

Los médicos y el personal de Mid Florida Eye Center aprecian su confianza al permitirnos participar en su atención oftalmológica.

Su firma indica que ha leído, comprende y está de acuerdo con las pólizas y procedimientos de responsabilidad financiera de nuestra oficina.

X _____ X _____
Firma del Paciente Fecha Firma del Garante Fecha

NOTIFICACIÓN DE SERVICIOS NO CUBIERTOS

NOMBRE: _____

FECHA: _____

PÓLIZA DE REFRACCIÓN

¿QUÉ ES UNA REFRACCIÓN? - Una refracción es una medida importante que determina la mejor visión potencial de sus ojos.

¿POR QUÉ ES NECESARIO? - Es necesario realizar una refracción para determinar si las enfermedades oculares o los errores refractivos son los responsables de su agudeza visual actual. Una refracción se realiza en la visita de un nuevo paciente, una visita anual, una consulta de cataratas o en cualquier momento que haya habido un cambio o disminución en la visión.

¿MI SEGURO CUBRE UNA REFRACCIÓN? - La refracción (código CPT 92015) es un servicio no cubierto por Medicare. Como resultado, CMS (el departamento del gobierno federal que controla Medicare) requiere que su proveedor de atención médica cobre por este servicio. La mayoría de los demás planes de seguro médico y planes complementarios de Medicare siguen las normas de Medicare y consideran que la refracción es un servicio no cubierto. Estos planes consideran las refracciones como un servicio de "visión" y no como un servicio "médico". Los planes de visión de rutina pueden cubrir este servicio. Si tiene un plan oftalmológico de rutina, notifíquenos antes de su visita para determinar nuestro estado de participación y los beneficios, si corresponde.

¿CUÁNTO CUESTA UNA REFRACCIÓN? – El costo por una refracción comienza en \$59. Esta tarifa se cobra en el momento del servicio además de cualquier copago, coaseguro o deducible que requiera su plan de seguro. El costo está sujeto a cambios.

VERIFICACIONES DE REFRACCIÓN: Si encuentra que la prescripción de sus anteojos no es satisfactoria, realizaremos una nueva verificación de refracción sin cargo dentro de 90 días después del servicio original. Si se necesita una nueva refracción después de 90 días, se aplicará la tarifa de refracción estándar.

PÓLIZA DE ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACTO

¿QUÉ ES UNA ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACTO? - Una adaptación de lentes de contacto es un examen adicional que consiste en medidas para encontrar el lente de contacto más adecuado para optimizar su visión. Existe una gran variedad de tipos de lentes, materiales y tamaños. Se realiza una adaptación de lentes de contacto además de un examen completo para la salud del ojo.

¿MI SEGURO CUBRE LA ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACTO? - *Los planes médicos* consideran las adaptaciones de lentes de contacto un servicio de "visión" y no un servicio "médico" y, por lo tanto, no cubren los costos de adaptación de lentes de contacto. *Los planes de visión* de rutina pueden cubrir este servicio. Si tiene un plan oftalmológico de rutina, notifíquenos antes de su visita para determinar nuestro estado de participación y los beneficios, si corresponde.

¿CUÁNTO CUESTA UNA ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACTO? - Las tarifas de adaptación de lentes de contacto varían según el tipo de lente y la dificultad de la adaptación. La tarifa se extiende entre \$45 y \$175 para la mayoría de las adaptaciones. Una vez que su médico determine qué tipo de lente le conviene, podremos ofrecerle un presupuesto. Esta tarifa se cobra en el momento del servicio además de cualquier copago, coaseguro o deducible que requiera su plan de seguro. Las tarifas están sujetas a cambios.

He leído y comprendo la Notificación de servicios no cubiertos: Póliza de refracción y Póliza de adaptación de lentes de contacto.

X _____

Firma del Paciente

Fecha

X _____

Firma del Garante

Fecha



Reconocimiento de Refracción

Nombre del Paciente: _____

de cuenta: _____

Una Refracción es el proceso de determinar la necesidad de anteojos correctivos y/o lentes de contacto. Una refracción es necesaria dependiendo del diagnóstico del paciente y/o quejas presentadas. Si un paciente experimenta visión borrosa o disminuida en la tabla optométrica, se necesita una refracción para determinar si se debe a los anteojos o a un problema médico. También es necesaria una refracción para demostrar al seguro la necesidad de una cirugía de cataratas. Debemos demostrar que su visión no se puede mejorar con un cambio de anteojos. Por lo tanto, una refracción es una parte esencial de su Examen Completo de la Vista; sin embargo, Medicare y la mayoría de las compañías de seguros NO CUBREN el cargo de refracción. **Es importante comprender que si usted rechaza su refracción, es posible que su proveedor no pueda determinar la causa de la disminución de su visión.**

El cargo básico de refracción es de \$59.00, que se suma al copago y/o deducible de la visita al consultorio. El pago es requerido en el momento en que se prestan los servicios. **NOTA: El costo se tiene que pagar por el servicio aunque usted No reciba una receta por escrito.** En el caso que el cambio en la visión no es lo suficientemente significativo como para justificar el costo de comprar anteojos nuevos, no recibirá una receta por escrito.

Seleccione Abajo Una Opción con sus Iniciales:

Opción 1

(Iniciales) _____ He leído la información y entiendo que la REFRACCIÓN ES UN SERVICIO NO CUBIERTO. Acepto toda la responsabilidad financiera por el costo del servicio. Entiendo que el copago y el deducible son independientes y no están incluidos en la tarifa de refracción.

Opción 2

(Iniciales) _____ He leído la información y aplazo la refracción. Entiendo que es posible que mi proveedor no pueda evaluar completamente mi Salud Ocular.

X _____
Firma del Paciente

Nombre del Paciente en Molde

Fecha

OFICINA SOLAMENTE

La decisión de diferir la refracción cambió, el paciente elige continuar con la refracción. El paciente mostrará sus cambios en la selección anterior con sus iniciales.

Nombre del empleado/Firma: _____ Fecha: _____



Nombre: _____

Fecha: _____

Historia Médica Del Paciente - Marque **SÍ** o **NO** si tiene o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Cáncer – Tipo | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Tomado Flomax / Hytrin / Cardura | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Diabetes - <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Insulina |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Derrame Cerebral / ACV (CVA) | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | GERD |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad Cardíaca / Soplo | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad de los Riñones |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Ataque Al Corazón | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Cálculos Renales (Piedras en los riñones) |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad del Hígado |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Latido del Corazón Irregular / Palpitaciones | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Hepatitis - <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Asma | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad Autoinmune – Tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | EPOC | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Enfermedades infecciosas _____ |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Migrañas | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Demencia / Pérdida de Memoria |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Artritis | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | SARM (MRSA) |
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | Apnea del Sueño - ¿Usa el CPAP? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | |

¿Has recibido una vacuna contra la neumonía? SÍ NO

¿Alguna vez has fumado? SÍ NO

¿Bebes alcohol? SÍ NO - Diariamente Ocasionalmente Rara vez

¿Todavía fumas? SÍ NO

CIRUGÍAS - Marque la casilla si se ha sometido a alguna de las siguientes cirugías:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Derivación (Bypass) | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Cadera | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de Cataratas |
| <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Prostatectomía | <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Lasik / RK |
| <input type="checkbox"/> Stents Cardíacos | <input type="checkbox"/> Colostomía | <input type="checkbox"/> Colectectomía | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Rodilla | <input type="checkbox"/> Mastectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de Espalda | <input type="checkbox"/> Trasplante de Córnea |
| <input type="checkbox"/> No He Tenido Procedimientos Quirúrgicos | | | <input type="checkbox"/> Procedimiento de Glaucoma |
| | | | <input type="checkbox"/> Procedimiento de Párpado |

OTROS DIAGNÓSTICO DE LOS OJOS - ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades o trastornos oculares?

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Retinopatía Diabética | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad Corneal | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> Ambliopía / Ojo Vago | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Alergias: SÍ - Por favor liste abajo NO se conocen alergias ¿Alérgico al látex? SÍ NO

Medicamentos: Enumere cualquier medicamento que tome, recetado o sin receta; Puede proporcionar una lista si está disponible:

Historia Familiar - ¿Tienes algún historial FAMILIAR de las siguientes condiciones? (Madre, Padre, Hermanos, Abuelos)

- | | | | |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> ¿Quién?: _____ |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> ¿Quién?: _____ |
| Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> ¿Quién?: _____ |
| Ceguera | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> ¿Quién?: _____ |
| Adoptado / No Se | <input type="checkbox"/> SÍ | | |

X _____
Firma del Paciente

Fecha

X _____
Firma del Padre o Guardián

Fecha



REVISIÓN DE SISTEMAS

Por favor marque todos los que correspondan a su salud actual y pasada. Los cuadros que no estén marcados se considerarán una respuesta negativa.

General / Constitucional

- Saludable En General
- Pérdida De Peso / Aumento
- Fatiga
- Fiebre Y Escalofríos
- Debilidad

Integumentario (Piel)

- Cáncer De Piel
- Erupción
- Magulladuras
- Crecimiento Sospechoso
- Picazón

Oídos /Nariz /Boca /Garganta

- Boca Seca
- Dolor Sinusal / Infecciones
- Zumbido En Los Oídos
- Vértigo
- Usa Aparato Del Oído

Respiratorio

- EPOC (COPD)
- Asma
- Enfisema
- Usa Oxigeno
- Dificultad Respirando

Cardiovascular

- Dolor En El Pecho
- Hipertensión
- Ataque Al Corazón
Parkinson
- Cirugía Cardíaca
- Palpitaciones

Gastrointestinal

- Acidez Estomacal
- Diverticulosis
- Náuseas
- Hernia
- Úlceras

Musculo-Esquelético

- Artritis
- Dolor De Espalda
- Hinchazón De Coyunturas
- Rigidez
- Dolor Muscular / Coyunturas

Neurológico

- Pérdida De Memoria
- Dolores De Cabeza
- Enfermedad
- Convulsiones
- Temblores

Endocrino

- Diabetes
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Micción Frecuente
- Sed Excesiva

Psiquiátrico

- Ansiedad
- Depresión
- Estrés

Alergias / Inmunológico

- Reacción Alérgicas a Medicamentos
- Reacción Alérgicas a Comidas
- Alergias Estacionales / Ambientales
- Enfermedad Autoinmune

¿Otras afecciones o problemas médicos no mencionados?

X _____
Firma del Paciente

Fecha

X _____
Firma del Padre o Guardián

Fecha



Nombre: _____ Fecha: _____ #Cuenta: _____

Formulario de Evaluación Visual y Cuestionario de Estilo de Vida

Ocupación: _____

Pasatiempo: _____

Para que nuestros médicos le ayuden a tomar la mejor decisión posible sobre sus necesidades de visión y audición, por favor tome un momento para completar el cuestionario, voltee la página.

Circule alrededor del grado de dificultad que tiene para hacer las siguientes actividades debido a su visión.

Evaluación Funcional De La Visión

Circule Uno

¿Le gustaría depender menos de sus anteojos, cuál?

Distancia Cerca Ambos

Dificultad para ver carteles de calle o conducir

No Leve Moderado Severo

(Bordillos, salidas de la carretera, semáforos, halos/resplandor en las luces)

Dificultad para ver bajo el resplandor

No Leve Moderado Severo

(Halos, estallido de luz, seguimiento de la pelota de golf en el cielo, la conducción en la luz del sol brillante, faros inminentes)

Dificultad para ver TV o películas

No Leve Moderado Severo

(Caras, números, impresión)

Dificultad para leer letras pequeñas con gafas

No Leve Moderado Severo

(Libros, periódicos, botellas de píldoras, instrucciones, teléfono celular)

Dificultad con las correspondencias personales

No Leve Moderado Severo

(Escribir cheques, leer facturas, llenar formularios)

Dificultad con actividades de tiempo libre

No Leve Moderado Severo

(Jugar a las cartas, bingo, bolos, golf)

Dificultad para funcionar en la casa

No Leve Moderado Severo

(Cocina, mantenimiento general del hogar, escaleras, teléfono)

Dificultad para reconocer las caras de las personas

No Leve Moderado Severo

(Iglesia, supermercado, clubes, otras actividades diarias)

Por favor circule las actividades que preferiría hacer con menos dependencia de anteojos:

Leer	Ver botellas de píldora	Mirar un menú	Mirar su reloj	Usar un teléfono celular
Juegos de cartas o mesa	Costura	Aplicación de maquillaje	Uso de una computadora	Ver etiquetas de precio
Ver el tablero del coche	Ver las etiquetas de precio/estantes	Ir de compras	Bingo	Conducir
Jugar deportes, como el golf	Ver TV	Ver deportes en vivo	Ir al cine	Natación

X _____
Firma del Paciente

Fecha

X _____
Firma del Padre o Guardián

Fecha