

**Dr. Robert Stahl & Amy Jo Dr. Calder Optometria
Formulario de Información del Paciente**

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA!

Fecha ____ / ____ / ____

Apellido _____ Nombre _____ SN _____ Masulino Femenino

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Edad _____

Inicio Dirección _____

Ciudad _____ Estado Código Postal _____

Teléfono Principal # (____) _____ (☐ Inicio de la oficina de trabajo ☐☐ Tel Secundaria #

(____) _____ (☐ Inicio de la oficina ☐ trabajo)

Otro número de teléfono # (____) _____ (☐ Inicio de la oficina de trabajo ☐☐ Dirección de correo electrónico

Empleador Ocupación _____

Nombre del Cónyuge (o tutor padres si un menor de edad) _____

Contacto de Emergencia Teléfono _____ # (____) _____ Relación _____

¿Es usted un nuevo paciente? → Sí NO En caso afirmativo, ¿cómo se entero de nosotros? _____

¿Tiene seguro de la vista? → Sí NO En caso afirmativo, ¿cuál? _____

¿Tiene seguro médico? → Sí NO En caso afirmativo, ¿cuál? _____

HISTORIA PERSONAL CON LOS OJOS

Fecha de examen de los ojos por última ____ / ____ / ____ Nombre de la última Optometrista oftalmólogo _____ /

Motivo de la visita de hoy? _____ ¿Es esto una rutina anual de exámenes? → Sí No

Disminución de la visión (dist / cerca) otros problemas oculares que se having _____

¿Ha tenido cirugías del ojo o lesiones en los ojos en el pasado? → Sí NO En caso afirmativo, explique _____

¿Usa lentes? → Sí NO ¿Tiene en marcha gafas? → sí no

¿Podría usted se beneficia de más delgado, ligero lentes? → Sí NO ¿Tiene problemas con el resplandor / reflexiones? → sí no

¿Tiene la sensibilidad a las luces brillantes? → Sí NO ¿pasan mucho tiempo al aire libre? → sí no

¿Tiene un par de gafas de sol? → Sí NO ¿Trabaja usted en el equipo durante mucho tiempo? → sí no

¿Tiene problemas de visión de computadora? → Sí NO ¿Tiene lentes de computadora? → sí no

¿Usa lentes de contacto? → Sí NO En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____

¿Está usted interesado en lentes de contacto hoy? → sí no

¿Tiene glaucoma? → sí no

¿Tiene alguna otras enfermedades oculares o problemas? → Sí NO En caso afirmativo, describa _____

¿Está interesado en LASIK o cirugía refractiva sí no

Lista de los deportes que participan en: _____

Lista de las aficiones participa: _____

Por favor, a su vez sobre la forma y completar la segunda página

INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha de último examen médico ____ / ____ / ____ Nombre del Médico: _____

Lista de los medicamentos que toma (incluyendo los anticonceptivos orales, la aspirina y en los medicamentos sin receta) _____

¿Tiene alguna alergia? → Sí NO En caso afirmativo, explique _____

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? → Sí NO En caso afirmativo, explique _____

Lista de todas las lesiones graves, cirugías y hospitalizaciones que ha tenido _____

¿Está lactando o embarazada? → sí no

EXAMEN DE LOS SÍNTOMAS

¿Tiene actualmente de alguna vez ha tenido problemas en las siguientes áreas?

Gastrointestinales sí no sí no musculoesqueléticos

Oídos, nariz / garganta sí no Diabetes sí no

Cardiovascular sí no sí no Mental

Respiratorio sí no endocrinos (glándulas) Sí No

Ojo sí no sangre / linfáticos sí no

Neurológicos sí no alérgica / Inmunológicas sí no

sí no Genitourinarios piel sí no

Problem _____

Médico Otros _____

HISTORIA DE LA FAMILIA

Por favor, no antecedentes familiares (padres, abuelos, hermanos, hijos, vivos o difuntos)

Ceguera sí no Diabetes sí no Cataratas sí no

Enfermedades del Corazón sí no los ojos cruzados sí no la presión arterial alta sí no

Degeneración Macular sí no la Insuficiencia Renal sí no Desprendimiento de Retina sí no

Lupus sí no la enfermedad retiniana sí no la enfermedad de tiroides sí no

Artritis Sí NO Cáncer sí no

Otros (por favor escriba / explique) _____

¿Usted utiliza los productos del tabaco? → sí no alcohol? → sí no otras drogas o sustancias? → sí no

¿Alguna vez ha sido expuesto o infectado con:

VIH sí no la hepatitis sí no gonorrea sí no Sífilis sí no

En caso afirmativo, sírvase explicar _____

Yo, el abajo firmante, tiene cobertura de seguro con la compañía aparece en la página 1 de este cuestionario y asignar directamente a los Dres. Robert J. Stahl & Amy J. Calder, desarrollo organizacional, APC (de aquí en adelante denominados "los Dres. S & C"), todas las prestaciones médicas, en su caso, que mi seguro pague por los servicios

prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las sumisiones del seguro. Solicito que el pago de todos los seguros autorizados y

los beneficios de Medicare pagará a los Dres. S & C para cualquier servicio me proporcionó por los Dres. S & C o de sus agentes. Si Medicare es mi seguro de salud, autorizo a cualquier titular de una información médica sobre mí a comunicar a la Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma que solicita el pago sea hecho y autoriza la divulgación de información médica necesaria para pagar el crédito. Si "otro seguro de salud" está indicado en el punto 9 de la CMS-1500 forma, o en otros lugares o formularios de solicitud aprobada o presentar

electrónicamente en las acciones, mi firma autoriza la liberación de la información a la compañía de seguros o la agencia de seguros. En Medicare asignados al caso, el médico o proveedor de servicios se comprometa a aceptar el cargo la determinación de la compañía de enfermedad como la carga completa, y el paciente es responsable sólo por el deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos, como una retención. Coseguro y deducible están basadas en la determinación de la carga de la compañía de Medicare.

Firma del paciente _____ **Fecha** _____ / _____ / _____