** Bienvenido a Buena Vista Eyeland**



Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genero: M / F Estado Civil: S C D V

*(Si es menor de edad)*

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono Movil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lenguage Preferido: Ingles / Espanol Su Farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**Informacion del Seguro** *(Por favor mostrar tarjetas & I.D.)*

Seguro Medico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I.D. / Poliza # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del titular en el Seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Es este seguro HMO, POS, PPO?

Nombre del Plan de Vision: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I.D. / Poliza # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**Historial Medico**

Razon de la Visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Queja Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mencionar C**UALQUIER** y **TODOS** medicamentos que usted **TOMA** (incluyendo anticonceptivos, aspirina, remedios sin receta y remedios caseros):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ultimo examen de la vista: \_\_\_\_\_\_\_\_ Esta embazada/lactando? Si / No

Tiene usted **CUALQUIER** alergia a **medicamentos**: Si / No Si si, mencionar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tabaco: Alguna vez ha fumado? Si / No Usa narcoticos: Si / No

Fumas? Si / No Si si, cual cantidad /hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uso de alcohol :Si / No Si si, Socialmente / 1 o 2 al dia / Dependiente del alcohol / Mas de lo habitual

Alguna vez ha estado infectado o contagiado por alguna enfermedad de transmision sexual? Si / No

Si si, explicar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conduce carro? Si / No Si si, usted tiene dificultad conduciendo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Usa lentes?** Si / No Si si, cuanto tiempo hace que los tiene? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Usa lentes de contacto?** Si / No Si si, cuanto tiempo tiene el par que lleva puesto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de lentes de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Son comodos? Si / No



**Historial Medico**

Usted tiene ahora o ha tenido algunos de los siguientes problemas:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SIDA/AIDS | Si / No |  | Manchas en la vista |  | Si / No | Diabetes | Si / No |
| Convulsiones | Si / No |  | Alergias/ Inmunologico |  | Si / No | Dolor del corazon | Si / No |
| Derrame | Si / No |  | Tiroides |  | Si / No | Presion Alta | Si / No |
| Luces en la vista | Si / No |  | Dolor en el ojo |  | Si / No | Autismo | Si / No |
| ADD | Si / No |  | ADHD |  | Si / No | Cancer | Si / No |
| SARM | Si / No |  | Colesterol Alto |  | Si / No | Otro | Si / No o |

Alguna vez ha tenido: Ojos cruzados, Parpado caido, Ojo vago, Ojo sobresalido, Glaucoma, Enfermedades de la Retina, Cataratas, **Infecciones en el ojo o Lesiones en el ojo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□Cirugia en el Ojo □Cirugia de Cataratas □ Cirugia Ocular Lasik □ Cirugia de YAG**

**□Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



**Revision de Sistemas**

Usted tiene o ha tenido algunos de los siguientes problemas:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ojos rojos | Si / No |  |  |  |  | Vision desfigurada | Si / No |
| Dolores de cabeza | Si / No |  | Molestia a la Luz |  | Si / No | Ojos resecos | Si / No |
| Migraña | Si / No |  | Ojos lloroso |  | Si / No | Vision doble | Si / No |
| Perdida de la vision | Si / No |  | Vision borrosa en distancia |  | Si / No | Borrozo de cerca | Si / No |
| Perdida de vision lateral | Si / No |  | Temblor en el parpado |  | Si / No | Mucousidad | Si / No |
| Picazon en el Ojo | Si / No |  | Glaucoma |  | Si / No | Cataratas | Si / No |
| Sensacion de algo extraño en el ojo | Si / No |  | Dolor muscular |  | Si / No | Otro | Si / No |



**Por favor lea y firme**

Yo certifico que yo, y /o mi dependiente(s), tenemos cobertura de seguro medico y asigno directamente a Buena Vista Eyeland, Inc todos los beneficios, si hay alguno.  **Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos pagos o no pagos por el seguro.** Autorizo el uso de mi firma para todas las sumisiones del seguro. El nombre usado anteriormente puede utilizar mi informacion medica y puede divulgar tal informacion a mi seguro y a sus agentes con el fin de obterner el pago por los servicios obtenidos y para determinar la cobertura del seguro.

**Lea y ponga sus iniciales**

**\_\_\_\_\_\_ Yo entiendo que Buena Vista Eyeland Inc. esta en conformidad con HIPPA.**

**\_\_\_\_\_\_ Yo entiendo que si falto a una cita o la cancelo con menos de 24 horas de aviso, podre ser cobrado una tarifa de $40.**

**\_\_\_\_\_\_ Yo entiendo que el escaneo de la retina que Dr. Fodor revisara durante mi examen anual me hara responsable de cualquier cargo si mi seguro medico no lo cubre.**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Firma del responsable si el paciente es menor de edad)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Doctor y Fecha