

¡Gracias por elegir UNA HORA OPTICA para sus necesidades del cuidado de ojo!

El nombre del Paciente _____
 Domicilio particular _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Telefono Alternativo# (_____) _____
 Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad _____ Número de seguro social _____ Grado/Trabajo _____
 Email: _____

Individual responsable de la cuenta de paciente _____ La relación al Paciente _____

¿Ha estado usted a UNA HORA OPTICA Antes? S / N ¿Cómo seleccionó usted nuestra oficina? _____

El nombre de Compañía de seguros de Visión VSP/ Spectera / Davis / Eyemed / UFCW / Medicaid / DPS / Otro _____

Nombre de miembro _____ Numero de identificación del miembro _____ Fecha de Nacimiento del miembro ___/___/___

¿Tiene usted cualquier alergia a medicinas? S / N Si sí, lista por favor _____

Lista de todos los medicamentos que usted toma incluyendo más de la medicación contra _____

Preguntas sobre las Condiciones de Salud Circle por favor las respuestas apropiadas

¿Usted o sus Miembros de la familia tiene cualquiera de las siguientes condiciones?

P = El paciente tiene este problema F = El miembro de la familia tiene este problema

Ojo perezoso	P	F	Glaucoma	P	F	Degeneración macular	P	F	Diabetes	P	F
Cirugía de ojo	P	F	Ceguera	P	F	Separación retinal	P	F	Cáncer	P	F
Ojo cruzado	P	F	Catarata	P	F	Daltonismo	P	F	Hipertensión	P	F

¿Tiene USTED los problemas en las siguientes áreas o tiene usted una historia de problemas en la siguiente área? Círcule todo que aplique

Fiebre	Congestión nasal	Problemas el riñón	Condiciones de las Ojos
Pérdida/Ganancia de peso	Tos crónica	Problemas gastrointestinales	Ardor
Condiciones de la piel	Asma	Dolor músculo/ articulación	Rojez
Dolores de cabeza	Bronquitis crónica	Problemas de sangramiento	Sequedad
Migrañas	Enfisema	Anemia	Destellos
Ataquees	Dolor de corazón	Reúma articular	Pocilgas o Chalazion
Glándulas de tiroides/otro	Enfermedad vascular	Esclerosis múltiple	Visión doble
Alergias/Polinosis	Psiquiátrico	Lupus	Borroso Visión

Otros Problemas de la Salud, Cirugías, Hospitalizaciones que usted ha tenido: _____

¿Utiliza usted los productos de Tabaco? S N ¿Si sí, el tipo/suma/cuán largo? _____

¿Bebe usted alcohol? S N ¿Utiliza usted las drogas ilegales? S N Ha sido infectado con HIV Gonorrea Hepatitis

¿Cuándo fue su último examen de ojos? _____ ¿Qué oficina? _____ ¿Fue dilatado usted? S N

¿Está usted actualmente embarazada o amamantando? S N ¿Lleva actualmente usted lentes de contacto? S N

HIPAA Aviso

Reconozco que he recibido una copia de Prácticas de Intimidad Una Hora Nota Optica (disponible de nuestra recepción de la oficina). Adicionalmente, autorizo el cambio de información necesaria para el tratamiento, las operaciones del pago y la asistencia sanitaria, inclusive el procesamiento de reclamos al seguro. Comprendo que puedo tener los co-pagos, los costos de deductibles y mercancía excedente y últimamente yo soy responsable de todos honorarios contraídos. Una Hora Optica no garantiza la certeza de información de beneficio dada a nosotros de compañías de seguros. Si usted tiene las preguntas acerca de su alcance, contactan por favor a su representante del seguro.

Consentimiento liberación de Dilatación de pupila

La dilatación de pupila ha llegado a ser el estándar del cuidado para Determinar completamente la salud dentro del ojo, la dilatación de pupila es necesaria. Algunas enfermedades oculares sólo son encontradas en la periferia de la dilatación de ojo y la pupila es la única manera de representarse la periferia. Una gota para ojos es utilizada para ampliar la pupila y usted será sensible a la luz y poder tener la visión cercana indistinta por acerca de 4-6 horas. Las personas generalmente no tienen problemas para conducen después de dilatación de la pupila.

Por favor Inicial: _____ Acepto Dilatación de la pupila _____ Yo me Niego a la Dilatación de pupila

Firma del paciente o padres/tutor legal Firma si el paciente es un menor de edad: _____ Fecha: _____