

¡Gracias por elegir ONE HOUR OPTICAL para sus necesidades del cuidado de ojo!

[Paciente] Sr. Sra. Sra. Dr. _____

_____ **Apellido** _____ **Nombre** _____ **M.I.** _____ **Nombre Preferido**
Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Edad ____ Sexo: M F S.S. Número _____ Grado/Trabajo _____
Domicilio particular _____ Apt # _____ Teléfono Preferido (____) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono alternativo (____) _____
Correo electrónico _____

Persona responsable de la cuenta:

Nombre _____ Relación al paciente _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ S.S. Número _____
Dirección si es diferente [Domicilio, Caja, Ciudad, ST Zip] _____ Número de teléfono (____) _____

Por favor presente su tarjeta de seguro actual a la recepción para poder actualizar nuestros registros.

Compañía Primaria de seguros de salud _____ Nombre del Suscriptor _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___ Suscriptor ID # _____ Grupo nº _____ Empleador _____

Dirección seguro de enfermedad _____ Ciudad _____ Estado _____ Teléfono número (____) _____

Compañía Secundaria de seguros de salud _____ Nombre del Suscriptor _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___ Suscriptor ID # _____ Grupo nº _____ Empleador _____

Dirección seguro de enfermedad _____ Ciudad _____ Estado _____ Teléfono número (____) _____

Visión Compañía de seguros: VSP / Spectera / Davis / EyeMed / Denver Health, etc. _____

Nombre del Suscriptor _____ Suscriptor ID # _____ Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___

¿Qué preocupaciones le traen para un examen de los ojos hoy?

¿Cuándo fue su último examen de la vista? _____ ¿Qué oficina? _____ ¿Fue dilatado? Y N

Aviso HIPAA

_____ **(Iniciales)** Reconozco que puedo solicitar una copia de aviso de prácticas de privacidad de One Hour Optical (disponible en la recepción de nuestra oficina). El aviso ofrece en detalle los usos y revelaciones de mi información de salud protegida que pueden ser hechas por esta práctica, mis derechos individuales, cómo puedo ejercitar estos derechos, y obligaciones legales de la práctica con respecto a mi información.

Aviso a Pacientes de Lentes de Contacto

_____ **(Iniciales)** La cuota de instalación y evaluación de lentes de contacto le ofrece los lentes de contacto diagnóstico necesarios para que su prescripción sea finalizada. Todas sus citas de seguimiento relacionadas con lentes de contacto (hasta tres meses) se incluyen en esta tarifa. Honorarios de servicios profesionales, incluidos los gastos del examen y cuota, de ajuste del lente de contacto no son reembolsables. Por ley federal, las prescripciones de lentes de contacto expiran un año desde la fecha de la instalación.

Liberación de Facturación del Seguro

_____ **(Iniciales)** Yo autorizo el intercambio de información necesaria para las operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud, incluyendo el procesamiento de reclamaciones de seguros. Entiendo que puedo tener copagos, deducibles y los gastos extras, y en última instancia, soy responsable de todos los gastos incurridos. One Hour Optical no garantiza la exactitud de la información dada sobre el beneficio de las compañías de seguros. Si usted tiene preguntas acerca de su cobertura, por favor póngase en contacto con su representante de seguros.

ELEGIR SÓLO UNO DE LOS SIGUIENTES:

Proyección de Imagen de la Retina Optomap

_____ **Aceptar** _____ **Declinar (Por favor marque uno)** Nuestro médico está preocupado por problemas de retina incluyendo melanoma, degeneración macular, glaucoma, agujeros retinianos, desprendimientos de retina y enfermedades sistémicas tales como diabetes, accidente cerebrovascular y la hipertensión arterial. Estas condiciones pueden conducir a graves problemas de salud incluyendo la pérdida parcial de visión o ceguera y desarrollan a menudo sin la advertencia y el progreso sin síntomas. El examen de la retina Optomap toma una fotografía retiniana ultra-widefield de hasta 200 grados del interior de su ojo que luego se convierte en una parte permanente de su expediente médico y puede ayudar en el diagnóstico temprano de enfermedades. Esta foto puede ser comparada con futuras fotos que revelarán incluso pequeños cambios en la salud del ojo. En la mayoría de los casos esto no está cubierto por el seguro, por lo tanto, **se aplicará un copago de \$35. Optomap es recomendado por su médico.**

Consentimiento Para Dilatar la Pupila

_____ **Aceptar** _____ **Declinar (Por favor marque uno)** Dilatación de la pupila se realiza como una alternativa a Optomap Retinal Imaging para ver la periferia del ojo como parte de un examen de salud integral. Un colirio se utiliza para agrandar a la pupila. Usted será sensible a la luz y su visión cercana será borrosa durante unas 4-6 horas. Las personas generalmente no tienen problemas manejando después de la dilatación de la pupila.

CONTINÚA EN LA PARTE TRASERA

¡Gracias por elegir ONE HOUR OPTICAL para sus necesidades del cuidado de ojo!

Historial Medico

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? Y / N Si sí, indíquelos: _____

¿Toma algún medicamento? Y / N (**incluye medicamentos**):

¿Usted o los miembros de su familia tiene cualquiera de las siguientes condiciones?

P = el paciente tiene este problema F = familia tiene este problema

Ojo perezoso	P	F	Glaucoma	P	F	Degeneración maculara	P	F	Diabetes	P	F
Cirugía de ojo	P	F	Catarata	P	F	Separación retinal	P	F	Colesterol alto	P	F
Ceguera	P	F	Cáncer	P	F	Daltónico	P	F	Hipertensión	P	F

Tienes problemas en las siguientes áreas o tienes antecedentes de problemas en las siguientes áreas:

(Por favor circule las que apliquen):

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

Otros problemas de salud, cirugías u hospitalizaciones que ha tenido:

Historia social (Esta información es estrictamente confidencial, sin embargo, usted puede discutir esta parte directamente con el médico si usted prefiere).

Sí, prefiero hablar de mi historia Social directamente con mi doctor

¿Utiliza usted productos de Tabaco? Y N Si sí, tipo cantidad, por cuánto tiempo? _____ ¿Bebe usted alcohol? Y N

¿Utiliza usted drogas ilegales? Y N Ha sido infectado con: HIV Gonorrea Hepatitis

¿Está actualmente embarazada o amamantando? Y N Le interesa LASIK? Y N

¿Usa lentes de contacto actualmente? Y N ¿Quiere lentes de contacto hoy? Y N

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

Fecha: _____