



Eyes On Albertville & Eyes On Guntersville

FAMILY VISION HEALTH CARE & DESIGNER EYE WEAR

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
 Nombre Preferido: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: *M / F*
 SSN: ____-____-____ Licencia de Conducir #: _____ Estado Civil: *S / C / V / D*
 Empleador Y Ocupación: _____ Estudiante: grado ____ escuela _____
 Idioma Preferido: _____ Etnicidad: *Hispano/Latino // No Hispano/Latino*
 Raza: *Indio Americano or Nativo de Alaska / Asiático / Africanoamericano / Isleño Pacífico / Caucásico*

Dirección: _____
 Ciudad/Zip: _____
 Teléfono-casa: _____
 Teléfono-célular: _____
 Email: _____
 Contacto de Emergencia: _____
 Relación: _____
 Teléfono: _____

Seguro Médico Primario: _____
 Póliza # _____ Grupo # _____
 Nombre del Asegurado: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Plan de Visión: _____
 Póliza # _____ Grupo # _____
 Nombre del Asegurado: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Como supiste de nosotros? _____

Informacion Financial

Es el paciente responsable de la factura? Si / No
 si es no, por favor completa la informacion abajo:

Garantor: Apellido: _____ Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Numero de Seguro Social: _____
 Direccion: _____
 Telefono de Casa: _____ Telefono de Trabajo: _____
 Empleador: _____ Relacion: _____

Polica de Colecciones

Nuestros doctores participan en una variedad de planes de seguro. Como cortesía para nuestros pacientes, estaremos encantados de presentar la mayoría de las reclamaciones. Se espera que nos presente la información de su póliza de seguro antes o durante el horario de su cita. También se espera que pague su copago, deducible y cualquier servicio no cubierto en cada visita. Por ejemplo, las refracciones, que son un componente necesario de un examen de la vista, no están cubiertas por Medicare. Si su seguro requiere una referencia, es su responsabilidad comunicarse con su doctor de atención primaria y obtener el número de referencia y cualquier otra información necesaria..

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar un reclamo sobre cualquier póliza de seguro que haya enumerado anteriormente o que haya presentado a Eyes on Albertville, LLC. Por la presente cedo y autorizo el pago directamente a Eyes on Albertville LLC por todos los beneficios pagaderos bajo dicha póliza de seguro. Soy consciente de que los beneficios del seguro pueden no pagar toda la factura y acepto pagar la diferencia o la factura completa si es necesario. En caso de incumplimiento en el pago de mis cargos, acepto pagar todos los costos de cobro, incluidos los honorarios razonables de un abogado, en caso de que la cuenta sea remitida a un abogado para el cobro. He leído las políticas anteriores y estoy de acuerdo según lo indicado por mi firma.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Cuestionario de Historial Medico

Ultimo Examen Medico: ____/____/____ Doctor Medico (Nombre, localización): _____

Ultimo Examen de Ojo: ____/____/____ Último proveedor de atención ocular: _____

Pharmacia (Nombre, localización): _____

Historia pasado de Ojo

¿Alguna vez ha tenido alguna lesión en los ojos? No Si _____ Cirugías? No Si _____

lista las gotas para los ojos que usa : _____

¿Usa lentes? No Si / ¿Cuántos años tiene tu par de lentes presentes? _____

¿Usas lentes de contactos? No Sí / ¿Que marca o material? _____

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones o enfermedades oculares? Por favor marque todos los que apliquen.

Cataratas Glaucoma Degeneración macular Enfermedad de la retina Ojo seco Ojo vago

Pérdida de visión Visión doble destellos de luz / flotadores Otro _____

Historia médica pasada

Tienes alguna condición médica? Por favor marque todos los que apliquen.

Diabetes (type:____) Hipertensión/ Presión Alta Enfermedad del Corazón Colesterol Alto

Derrame Cerebral

Trastorno de Tiroides Cancer (type:_____) Enfermedad del Riñon Artritis

Enfermedad Autoinmune (nombre:_____) Otro: _____

Lista todos tus medicamentos: _____

¿Alergias? No Si / lista: _____

Cirugías mayores / hospitalizaciones: _____

¿Estás embarazada? No Si / _____ semanas ¿Estas amamantando? No Si

¿Fuma? No Si/ Cuanto tiempo? _____ ¿Ex fumador? No Si ¿Cuantos años sin fumar? _____

¿Alguna vez ha estado expuesto o infectado con?: Gonorrea Sífilis VIH Hepatitis

Historia familiar: (marque todo lo que se aplique a sus parientes consanguíneos e indique su relación con usted)

Ceguera _____

Glaucoma _____

Degeneración macular _____

Enfermedad / desprendimiento de retina _____

Cataratas _____

Ojo Vago _____

Diabetes _____

Heart Disease _____

Derrame Cerebral _____

Hipertension/ Presion Alta _____

Artritis _____

Enfermedad de Riñon _____

Trastorno de tiroides _____

Enfermedad Autoinmune _____

Otro: _____

Cuestionario de Historial Médico Continuado

¿Usted o alguno de los **miembros de su familia inmedianta** ha sufrido de los siguientes?

Presión Alta No Sí _____ **Diabetes** No Sí / Tipo _____
Enfermedad del Corazón No Sí _____ **Ataque Fulminante** No Sí _____
Cáncer No Sí _____ **Artritis** No Sí _____
Enfermedad del Riñon No Sí _____ **Enfermedad de la Tiroides** No Sí _____
Autoinmune No Sí _____ **Otra** No Sí _____

Revisión de Sistemas

¿Tiene alguno de estos problemas?:

General

Fatiga/Debilidad No Sí
 Fiebre No Sí
 Aumneto/Perdida de Peso No Sí
 Dolor de mandíbula al masticar No Sí
 Ternuea del Escalpo No Sí

Piel

Erupciones/Llagas No Sí
 Rosácea No Sí
 Urticaria/Eczema No Sí

Neurológico

Dolores de la Cabeza/Migrañas No Sí
 Convulsiones No Sí
 Esclerosis Múltiple No Sí
 Entumecimiento No Sí
 Temblores No Sí

Ojos

Otro no listado arriba No Sí

Oidos, Nariz, garganta

Problemas de ausición No Sí
 Zumbido en los oídos No Sí
 Mareo/Vértigo No Sí
 Congestión/presión No Sí

Cardiovascular

Ataque al Corazón No Sí
 Enfermedad del Corazón No Sí
 Ataque Fulminante No Sí
 Presión Alta No Sí
 Latido del corazón irregular No Sí

Enfermedad Vasular

No Sí
Gastrointestinal
 Reflujo Esofágico No Sí
 Desorden Digestivo No Sí
 Úlcera No Sí

Cirrosis

No Sí

Genitourinario

Hepatitis No Sí
 Cálculos Renales No Sí
 Desorden Urinario No Sí
 Historia de las ETS No Sí

Musculoesquelético

Artritis Reumatoide No Sí
 Osteoartritis No Sí
 Myasthenia Gravis No Sí
 Fibromialgia No Sí

Respiratorio

Asma No Sí
 Enfisema No Sí
 Apnea del sueño No Sí

Endocrino

Tiroides (bajo) No Sí
 Tiroides (alto) No Sí
 Diabetes No Sí
 Trastorno Pituitario No Sí

Psiquiátrico

Ansiedad No Sí
 Depresión No Sí
 Desorden Bipolar No Sí
 Esquizofrenia No Sí
 Sueño Difícil No Sí

Inmunológico

Alergias No Sí
 Fibre Hay No Sí
 Lupus No Sí
 Sarcoidosis No Sí
 Sjogren No Sí

Linfático/Hematológico

Anemia No Sí
 Colesterol Alto No Sí
 Fácilmente Abollado No Sí
 Uso de Aspirina No Sí

Otra

Cáncer No Sí

Explicaciones:

 Firma del Paciente/ Guardián

 Fecha