

# BIENVENIDO/BIENVENIDA A NUESTRA OFICINA – WELCOME TO OUR OFFICE

Fecha \_\_\_\_\_ Por Favor Use Letra de Molde Primera Visita (Sí/No) \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sexo (M/F) \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Casado (Sí/No) \_\_\_\_\_  
Si está casado(a), Nombre del Esposo(a) \_\_\_\_\_ Si es Hijo(a), Nombre del Padre/Madre \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Lugar de Empleo / Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ Número de Medicare \_\_\_\_\_  
Otro Plan de Salud de Grupo y # de Seguro \_\_\_\_\_ Plan de Cuidado de la Vista/Visión \_\_\_\_\_  
¿Requiere su trabajo cuidado especial de la vista? \_\_\_\_\_ Si es así, explique \_\_\_\_\_  
Liste sus Actividades / Pasatiempos \_\_\_\_\_  
Fecha de Último Examen: \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Usa lentes de Contacto?  Sí  No Tipo \_\_\_\_\_  
Doctor \_\_\_\_\_ ¿Le interesa usar lentes de contacto?  Sí  No  
Razón de la Visita de Hoy: \_\_\_\_\_  
¿Cómo supo o se llegó a enterar de nuestro consultorio? \_\_\_\_\_  
Método de Pago:  Efectivo  Cheque  Tarjeta de Crédito  Otro \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO:

Doctor \_\_\_\_\_ Última visita \_\_\_\_\_ Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
¿Tiene usted? (en el Pasado o Presente) Usted \_\_\_\_\_ Fuma \_\_\_\_\_ Bebe \_\_\_\_\_ Usa Drogas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Enfermedad Cardíaca \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Enfermedad Grave Medicamentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Presión Sanguínea Alta \_\_\_\_\_ Enfermedad Pulmonar \_\_\_\_\_ Cirugía \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Problemas Renales \_\_\_\_\_ Cáncer \_\_\_\_\_ Anemia Falciforme \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Ulceras \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ Otra Liste sus Alergias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Problemas de Tiroides \_\_\_\_\_ Problemas de Sinusitis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Dolores de Cabeza \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_  
¿Tiene alguien en su Familia lo siguiente?  
\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Cáncer \_\_\_\_\_ Presión Sanguínea Alta  
\_\_\_\_ Enfermedad Cardíaca \_\_\_\_\_ Enfermedad Pulmonar \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

## HISTORIAL OCULAR:

¿Tiene usted? (Pasado o Presente)  
\_\_\_\_ Glaucoma \_\_\_\_\_ Visión Borrosa \_\_\_\_\_ Destellos \_\_\_\_\_ Lagrimeo \_\_\_\_\_ Trauma  
\_\_\_\_ Cataratas \_\_\_\_\_ Visión Doble \_\_\_\_\_ Fatiga Ocular \_\_\_\_\_ Enrojecimiento \_\_\_\_\_ Cirugía  
\_\_\_\_ Ceguera \_\_\_\_\_ Ve puntos \_\_\_\_\_ Comezón \_\_\_\_\_ Desviación Ocular \_\_\_\_\_ Enfermedad  
¿Tiene alguien en su Familia lo siguiente?  
\_\_\_\_ Glaucoma \_\_\_\_\_ Ceguera \_\_\_\_\_ Deg. Macular \_\_\_\_\_ Enfermedad Ocular \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Será necesario dilatar sus pupilas para realizar un examen completo y exhaustivo de sus ojos. Esto permite al médico obtener una mejor vista de la parte posterior de sus ojos. Las gotas para dilatar tardan típicamente de 3 a 4 horas. Durante ese tiempo, quizás se le dificulte enfocar al mirar de cerca y tenga sensibilidad a la luz. Se le proporcionarán lentes de sol después de la dilatación. Le recomendamos que tenga cuidado al conducir u operar equipo o maquinaria después de la dilatación. Si siente que no podrá conducir o volver al trabajo, podemos hacer otra cita para la porción de su examen relacionada con la dilatación.  
HABIENDO COMPRENDIDO LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA DILATACIÓN: Yo **ACEPTO** **RECHAZO** la Dilatación.  
En caso que sea necesario que divulguemos su expediente o lo solicitemos de otro profesional a cargo del cuidado de la salud, se requiere su permiso por escrito. Lea y firme lo siguiente.  
POR ESTE CONDUCTO SOLICITO QUE SE DIVULGUE MI EXPEDIENTE MÉDICO / DE LENTES DE CONTACTO AL / DEL DR. PRITCHETT / SIEBERT / BENITZ.  
FIRMA DEL PACIENTE (Paciente o Responsable Legal): \_\_\_\_\_

SI SE APLICA AL CASO, SOLICITO QUE EL PAGO DE MEDICARE U OTRO SEGURO AUTORIZADO SE ME HAGA A MI O A PRITCHETT EYE CARE ASSOCIATES EN MI NOMBRE, POR CUALQUIER SERVICIO QUE SE ME PRESTE. AUTORIZO QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN MÉDICA, PERTINENTE A MI PERSONA PARA DETERMINAR BENEFICIOS Y COBRANZA DEL SEGURO, A LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DE ATENCIÓN MÉDICA U OTRAS AGENCIAS DE SEGUROS.  
**ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER CARGO QUE NO CUBRA MI COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

Es regla de esta oficina requerir lo siguiente:

- 1.) Pago total o al menos la mitad antes de realizar la orden.
- 2.) El saldo de la cuenta debe pagarse en el momento de despacharse la orden.
- 3.) Se cobrará un cargo de \$20.00 por cheques devueltos.
- 4.) Toda orden es definitiva una vez hecha.

**LE AGRADECEMOS SU TIEMPO AL LLENAR ESTA FORMA Y POR ELEGIRNOS PARA PROPORCIONARLE SERVICIOS DE VISIÓN / SALUD DE LOS OJOS**

FIRMA DEL PACIENTE (Paciente o Responsable Legal): \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_