



FISHMAN CENTER FOR TOTAL EYE CARE

Por favor actualize su información:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Zip:** _____

Correo electronico (email): _____

Numero de celular: _____

Numero de casa: _____

Seguro medico: _____

Medico primario: _____

Contacto de emergencia (nombre y numero de tel.): _____

Diganos con quien podemos hablar acerca de su salud médica:

Nombre	Relación (e.g., padre, hijo, amigo, vecino)

POR FAVOR CONTINUE A LA SIGUIENTE PAGINA



FISHMAN CENTER FOR TOTAL EYE CARE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: / / Fecha de hoy: _____

Por favor revisar y reconocer la siguiente información:

- Nosotros participamos con muchas compañías de seguros médicos y aceptamos los beneficios que nos asignan los planes de seguro con los que tenemos un contrato.
- Los copagos de su seguro se deben pagar en el día de su visita.
- Un deducible puede que se aplique por su visita, es responsabilidad suya pagarlo, y lo determina el contrato que tiene usted con su compañía de seguro médico.
- Si su seguro requiere de un referido (de su doctor primario), es responsabilidad suya obtenerlo y traerlo el día de su visita. Es el contrato de su seguro médico, quien determina si usted necesita referido. Si usted no tiene referido, usted será responsable por los cargos el día de su visita.
- Usted es responsable de mantener su seguro vigente-activo, e informarnos de cualquier cambio. Si su seguro no está vigente-activo el día de su visita, usted será responsable por todos los cargos.
- Si no tiene seguro médico, los cargos se pagan el mismo día de su visita.
- Nosotros no aceptamos ningún plan de la visión o algún beneficio de la vista. Nosotros mandamos la factura a su plan médico por todos los servicios.
- Si usted tiene dificultad para pagar su factura, nosotros le ofrecemos un plan de pago.
- No aceptamos casos de la compensación de trabajadores (workers' compensation).
- No recetamos lentes de contacto.

Yo reconozco que he entendido y estoy de acuerdo con lo anterior leído. También reconozco que el aviso de práctica privada. Me la han dado para leer, y si requiero de una copia para mí me la han facilitado. Esta dispuesta en <http://www.fishmaneyecenter.com/>

Firma de paciente

Fecha

POR FAVOR CONTINUE A LA SIGUIENTE PAGINA



FISHMAN CENTER FOR TOTAL EYE CARE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: / / Fecha de hoy: _____

Motivo de su visita:

- Chequeo regular, or visita de seguimiento indicada por el doctor
- Necesita lentes
- Formulario para la licencia (DMV) o para la escuela
- Referido por otro doctor de los ojos
- Segunda opinión
- Glaucoma
- Diabetes en el ojo
- Degeneración macular
- Cataratas
- Otro problema: _____

¿Usted está usando gotas para los ojos? Sí (por favor escribalos abajo) No

¿Usted está tomando medicamentos? Sí (por favor escribalos abajo) No

¿Usted a tenido cirugía o laser en los ojos o parpados? Sí (escribalos abajo) No

¿Usted fuma? Sí Sí, antes, pero ya no No

¿Usted tiene algún tipo de alergias? Sí No A que? _____

¿Usted está embarazada o dando de lactar? Sí No N/A

¿Usted usa lentes? Sí No

¿Usted usa lentes de contacto? Sí No

Nota: Nosotros no recetamos ni renovamos lentes de contacto.

¿Quién lo refirió aquí? _____

Información de su farmacia: _____

Por favor escribe aquí la lista de sus gotas de los ojos, medicinas (medicamentos), y cirugía de los ojos/laser:

POR FAVOR CONTINUE A LA SIGUIENTE PAGINA



FISHMAN CENTER FOR TOTAL EYE CARE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: / / Fecha de hoy: _____

Cuestionario de salud:

Usted tiene:

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Presión alta | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Colesterol alto | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Tumor cerebral/cirugía cerebral | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Problema del ritmo de corazón | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Problema de la tiroides | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Asma | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| EPOC (COPD) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Lupus | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Insuficiencia renal/diálisis | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Agrandamiento de la próstata | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Cataratas | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Degeneración macular | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

Está tomando:

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Flomax (tamsulosin) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Plaquenil (hydroxychloroquine) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

Alguien en su familia tiene:

- | | | |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Ceguera | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Degeneración macular | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Presión alta | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

Marque con un círculo si usted esta sintiendo HOY alguno de estos síntomas:

En general: Fiebre, fatiga, pérdida de peso, sudores nocturnos, pérdida de apetito

Neurológico: Dolores de cabeza, migrañas, debilidad, mareos, adormecimiento, sensación de desmayo, pérdida de la memoria

Cabeza: Dolor de garganta, sequedad de boca, dolor al masticar los alimentos, sensibilidad del cuero cabelludo, pérdida de oído, sinusitis

Corazón: Dolor en el pecho, palpitaciones, ritmo cardiaco irregular

Pulmones: Dificultad para respirar, tos, tos con sangre, respiración sibilante

Gastrointestinales: Dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, sangre en las heces

Genitourinario: Dolor o ardor al orinar, sangre en la orina, aumento de la frecuencia urinaria

Musculoesqueléticos: Dolor en las articulaciones, dolores musculares, dolor de espalda

Piel: Rash, pérdida de pelo, picazón

Psiquiatría: Ansiedad, depresión

Hematológicos: moretones, sangrado prolongado, ganglios linfáticos agrandados

Alérgicas: Las alergias estacionales, estornudos, urticarial

Algún otro síntoma: _____

Firma de paciente

Fecha