

Bienvenidos a Grand Ridge Eye Clinic

Por favor complete este formulario y devuélvalo a la recepción con sus tarjetas de seguro y una identificación con foto. ¡Gracias!

Razón de la visita: _____ Fecha: _____ Masculino: _____ Hembra _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS #: _____
Dirección / domicilio: _____ Código postal: _____
Hogar #: _____ Celular #: _____ Correo electrónico: _____
¿Cómo prefiere ser notificado? Llamada telefónica S N Texto - S N Correo electrónico - S N
Nombre Del Pagador De Facturas: _____ y Fecha de nacimiento: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Médico de atención primaria: _____ Fecha del último examen de vista: _____
A quien podemos agradecer por referir a usted, ¿cómo se entero de nosotros? _____
Alergias (medicamentos/ambientales): _____
Medicamentos (Incluyendo sin receta médica, gotas, etc.) _____

Cuestionario de lente personalizado

Aficiones (Pasa Tiempo): _____

¿Cuántas horas al día pasa usando aparatos electrónicos? (Ordenador/teléfono/TV, etc.) _____

¿Cuántas horas al día usted conduce? Tiempo de día: _____ De noche: _____

Una lista de cualquier problema que tenga en sus lentes actuales? (Ajuste/función/estilo/visión) _____

¿Qué le gusta más de los lentes actuales? (Ajuste/función/estilo /visión) _____

Clasificar estos en importancia 1. Lo más importante, 2. Algo importante, y 3. Por lo menos importante:

Ajuste de los marcos _____ Moda _____ Función de lentes _____

¿Cómo se usan los lentes? (marque todo lo que corresponda)

Leyendo Trabajo de escritorio Mecánica Escritura Pescando
 Cocina Dispositivos digitales Compras Leyendo Musica Conduciendo
 De Viaje Andar en Bicicleta Artesanía Golf Televisión y películas
 Actividad al aire libre _____ Otro _____

Historia ocular del paciente (marque todo lo que corresponda)

Sospechoso de Glaucoma / Glaucoma Estrabismo (ojos cruzados) Trastorno Inflammatorio
 Nistagmo (Movimiento involuntario de los ojos) Ambliopía (ojo vago) Degeneración de la Retina
 Degeneración Macular relacionada con la edad Degeneración Macular Desprendimiento de retina
 Lentes de Contacto: _____ Catarata Agujero Retiniano
 Ojo seco Queratocono Ninguno Otro: _____
 Herida de ojo: _____ Cirugía del ojo (s): _____

Historial médico familiar (Marque y marque todo lo que corresponda)

Cáncer: Padre Madre Hijo Hermana Hermano Hija Diabetes: Padre Madre Hijo Hermana Hermano Hija
 Hipertensión: Padre Madre Hijo Hermana Hermano Hija Tiroides: Padre Madre Hijo Hermana Hermano Hija
 Otro: _____ Padre Madre Hijo Hermana Hermano Hija Ninguno

Familia Historia ocular (Marque y marque todo lo que corresponda)

Ambliopía (ojo vago): Padre Madre Hijo Hermana Hermano Hija
 Degeneración Macular: Padre Madre Hijo Hermana Hermano Hija
 Desprendimiento de retina: Padre Madre Hijo Hermana Hermano Hija
 Miopía Severa: Padre Madre Hijo Hermana Hermano Hija
 Estrabismo: Padre Madre Hijo Hermana Hermano Hija
 Nistagmo: Padre Madre Hijo Hermana Hermano Hija
 Catarata: Padre Madre Hijo Hermana Hermano Hija
 Ojos secos: Padre Madre Hijo Hermana Hermano Hija
 Otro: _____ Padre Madre Hijo Hermana Hermano Hija Ninguno

Revisión de los síntomas del paciente (Marque todo lo que corresponda y rellenar si no se encuentra)

Constitución

La discapacidad del desarrollo
 Cáncer
 Fatiga
 Alzheimer
 Demencia
 Otro

Cardiovascular

Alta presión sanguínea
 Derrame Cerebral / CVA
 Enfermedad del corazón
 Enfermedad vascular
 Insuficiencia cardíaca congestiva
 Otro

Gastrointestinal

Enfermedad de Crohn
 Colitis
 Úlcera
 Reflujo ácido
 Enfermedad celíaca
 Otro

Integumentario

Eczema
 Rosacea
 Psoriasis
 Culebrilla
 Herpes Labial
 Otro

inmunológica

Artritis Reumatoide
 alergias ambientales
 Lupus
 Síndrome de Sjogren
 Otro

Psiquiátrico

Depresión
 Add / ADHD
 Ansiedad
 Bipolar
 Otro

Endocrino

Diabetes tipo 1
 Diabetes tipo 2
 Disfunción Tiroidea
 Disfunción Hormonal
 Otro

Oreja nariz garganta

Pérdida de la audición
 Sinusitis
 Boca seca
 Laringitis
 Otro

Neurológico

Esclerosis múltiple
 Epilepsia
 Parálisis cerebral
 Tumor
 Derrame Cerebral / CVA
 Migraña
 Desorden del espectro autista
 Otro

Musculoesquelético

Osteoartritis
 Artritis
 Fibromialgia
 Distrofia muscular
 Espondilitis anquilosante
 Osteoporosis
 Gota
 Otro

Genitourinario

Enfermedad del riñon
 Cáncer de Prostata/Enfermedad
 Hipertrofia Benigna de próstata
 Embarazada
 Amamantar
 Herpes
 Clamidia
 Otro

Sangre /Linfático

Anemia
 Gran volumen de
pérdida de Sangre
 Úlcera
 Colesterol alto
 Otro

Otros Síntomas: _____

Respiratorio

Asma
 Bronquitis
 Enfisema
 Obstrucción Cronica
 Apnea del sueño
 Otro

Historia social del paciente

(marque todo lo que corresponda)

¿Bebes alcohol? Sí No

Usas tabaco? Sí No

Consumo de tabaco: Sí No

Cantidad / Tipo: _____

Cantidad / Tipo: _____

Actual Anterior Nunca

Liberación de información

Autorizo la divulgación de mi información al (comuníquese con la recepcion para agregar una persona secundaria) siguiente:

Nombre de la persona autorizada: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Relación:** _____

El recibo de aviso de la poliza de privacidad/ poliza de llegada tarde/ poliza de no presentarse

Yo, el paciente/ Tutor, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina y he sido informado de la poliza de llegada tarde y de la tarifa si no me presento a mí cita.

Imprimir Nombre del paciente/tutor: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Responsabilidad financiera

Estaremos encantados de presentar sus reclamaciones de seguros para usted y haremos todo lo posible para ayudarle a obtener los máximos beneficios. Sin embargo, en el caso de que su seguro determine que no es elegible para la cobertura en el momento del servicio, o hace una determinación de que usted es elegible para una reducción del nivel de cobertura, mediante Al firmar esta declaración usted acepta ser financieramente responsable de cualquier y todos los cargos incurridos por usted y no pagados por el seguro.

Imprimir Nombre: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____