

## Bienvenido a Atlanta Eye Center

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Cód. De área: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre o encargado (si es menor de edad) \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Núm. Seg. Social: \_\_\_\_\_  
Tel. residencial: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_  
Estatus Civil: \_\_\_ Casado(a) \_\_\_ Soltero(a) \_\_\_ Viudo(a) \_\_\_ No deseo informarlo  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_  
¿Quién lo refirió a nuestra oficina? \_\_\_\_\_  
¿Tiene usted familiares que se atiendan en nuestra oficina? Si es así, por favor anote sus nombres:  
\_\_\_\_\_

### **Método de pago**

Por favor indique si usted NO tiene plan médico: \_\_\_\_

### **Información de Seguro de Visión**

Nombre del plan de Seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado:

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Núm. Seg. Soc. del asegurado Principal:

### **Plan de Seguro Médico**

Por favor provéanos su tarjeta de seguro médico. Aceptamos Medicare, Medicaid, United Health Care, Humana y BCBS PPO para exámenes visuales.

### **Autorización del Seguro**

Yo autorizo y pido a mi compañía de seguro pague directamente al optómetra los beneficios a los cuales soy elegible. Yo entiendo que mi compañía de seguro puede pagar menos de la cantidad facturada por los servicios recibidos. Yo estoy de acuerdo en hacerme responsable de todos los pagos por los servicios recibidos por mi persona o dependientes.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Política de Privacidad**

Todas las oficinas de médicos tienen que mantener su información confidencial según la ley HIPPA. Le hemos entregado nuestra política en relación a como su información será procesada. Por favor firme dejando saber que usted ha leído nuestra política o simplemente escriba "Me rehúso a firmar" (Su firma simplemente representa que hemos intentado compartir con usted nuestra política de la ley HIPPA).

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Dilatación de Pupilas**

La dilatación de pupilas nos permite evaluar la salud interna de sus ojos con mayor precisión y por tanto es recomendado se realice una vez por año. Las gotas engrandecerán las pupilas y de esta manera facilitaran la examinación interna de sus ojos, sin embargo, estas gotas le producirán visión borrosa de cerca y sensibilidad a la luz por aproximadamente 4 – 6 horas. No hay costo adicional por este procedimiento. ¿Le gustaría se le hiciera este procedimiento hoy? (Por favor circule su respuesta)

SI NO

**Tecnología de Cernimiento de Visión Periferal**

En cuestión de minutos, nuestra prueba de visión periferal puede revelar problemas relacionados a la diabetes, presión alta y/o tumores dentro de sus ojos que pueden afectar el nervio óptico y el tejido de la retina. Esta tecnología avanzada nos permite detectar problemas más temprano que un examen visual de rutina. Esta prueba lleva un cargo adicional de \$26.00. ¿Le gustaría se le hiciera esta prueba? (Circule su respuesta)

SI NO

Su Firma hace válida sus opciones: \_\_\_\_\_

**Historial**

Durante su visita en el día de hoy, desea usted una receta para: ESPEJUELOS LENTES DE CONTACTO  
Deportes o pasatiempos: \_\_\_\_\_

\*\*\*Necesitamos la siguiente información para poder proveerle el mejor cuidado visual posible\*\*\*

**Medicamentos:**

Provea medicamentos actuales y condición para cual los usa:

\_\_\_\_\_

Provea alérgias a medicamentos, si alguna:

\_\_\_\_\_

Doctor de cabecera: \_\_\_\_\_ Fecha de su último examen: \_\_\_\_\_

¿Quién fue su último Optómetra? \_\_\_\_\_

Fecha de su último examen visual: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Información Médica:**

Por favor marque en el espacio si la condición aplica a usted:

**Alergias:**

Alergias de temporada \_\_\_\_\_  
Picazón en los ojos \_\_\_\_\_  
Infecciones crónicas de sinusitis \_\_\_\_\_

**Musculatura Ocular**

Tiene estrabismo (ojo virado) \_\_\_\_\_  
Prisma en sus espejuelos \_\_\_\_\_  
Participó en terapia visual \_\_\_\_\_  
Ve doble \_\_\_\_\_

**Salud Médica**

Presión alta \_\_\_\_\_  
Historial de infarto cerebral \_\_\_\_\_  
Diabetes \_\_\_\_\_  
Colesterol alto \_\_\_\_\_  
Asma o problemas pulmonares \_\_\_\_\_  
Artritis \_\_\_\_\_  
Tiroides \_\_\_\_\_  
VIH o SIDA \_\_\_\_\_

**Salud Ocular**

Padece de Glaucoma \_\_\_\_\_  
Tiene ambliopía (ojo vago) \_\_\_\_\_  
Historial de trauma ocular \_\_\_\_\_  
Ojos llorosos o ardor \_\_\_\_\_  
Cataratas \_\_\_\_\_  
Historial de cirugías oculares \_\_\_\_\_  
Flotadores \_\_\_\_\_  
Desprendimiento de retina \_\_\_\_\_  
Degeneración macular \_\_\_\_\_  
Sensación de cuerpo extraño \_\_\_\_\_

**Lentes de Contacto**

¿Usa lentes de contacto? \_\_\_\_\_  
Que marca \_\_\_\_\_  
¿Con que frecuencia los reemplaza? \_\_\_\_\_  
¿Tiene un par de espejuelos de repuesto? \_\_\_\_\_

**Óptica**

Tiene problemas con brillo/resplandor \_\_\_\_\_  
Trabaja en computadoras \_\_\_\_\_  
Participa en deportes \_\_\_\_\_  
Visión borrosa con espejuelos actuales \_\_\_\_\_

**Neurológico**

Dolor de cabeza frecuente \_\_\_\_\_  
Migrañas \_\_\_\_\_  
Historial de trauma a la cabeza \_\_\_\_\_

¿Le interesa conocer sobre LASIK? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna información adicional sobre su visión y/o salud médica que deberíamos saber? Por favor explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historial Familiar**

Alguien en su familia padece de:  
Glaucoma: \_\_\_\_\_  
Cataratas: \_\_\_\_\_  
Presión alta: \_\_\_\_\_

Degeneración Macular: \_\_\_\_\_  
Pérdida de visión: \_\_\_\_\_  
Desviaciones oculares: \_\_\_\_\_  
Diabetes: \_\_\_\_\_