

Información del Paciente	Nombre _____ Fecha ____/____/____ <small>Primer Segundo Apellido</small>		
	Dirección _____		
	Ciudad/Estado/Código Postal _____		
	Teléfono (Casa) _____ (trabajo) _____		
	(Celular) _____ (Otro) _____		
	Fecha de Nacimiento ____/____/____		Seguro Social # _____
	Ocupación _____		Empleador _____
correo electrónico _____			
Información Primaria	<input type="checkbox"/> <i>Marque is el patients ES el titular de la póliza de seguro de Visión y Medico. (Si esta marcado, solo complete el numero de identificación.)</i>		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Seguro de Visión</div>		
	Titular primario de le póliza _____		Fecha de Nacimiento del titular ____/____/____
	Seguro social del titular _____		Numero de identificación _____
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Seguro de Salud</div>		
	Titular primario de le póliza _____		Fecha de Nacimiento del titular ____/____/____
Seguro social del titular _____		Numero de identificación _____	

1) ENCIERRE **S** O **N** SI LA APLICA A USTED

2) ENCIERRE **F** SI LA APLICA A UN MIEMBRO DE LA FAMILIA

Alérgico / Inmunológico

Alergia ambiental	S	N	F
Artritis Reumatoide	S	N	F
Lupus	S	N	F

Musculoesquelético

Fibromialgia	S	N	F
Distrofia muscular	S	N	F
Osteoartritis	S	N	F
Espondilitis anquilosante	S	N	F

Ojos

Glaucoma	S	N	F
Cataratas	S	N	F
Degeneración Macular	S	N	F
Cirugía	S	N	F
Trastornos inflamatorios	S	N	F
lesiones	S	N	F
Desprendimiento de retina	S	N	F
Ojo cruzado/Flojo	S	N	F

continuó en la parte posterior...

Cardiovascular

Enfermedad del corazón	S	N	F
Alta presión sanguínea	S	N	F
Derrame Cerebral	S	N	F
Enfermedad vascular	S	N	F
Colesterol alto	S	N	F
Presión arterial baja	S	N	F
Ataque al corazón	S	N	F
Insuficiencia cardíaca congestiva	S	N	F
Latido del corazón irregular	S	N	F
Cirugía de bypass	S	N	F
Frecuencia cardíaca rápida / lenta	S	N	F
TIA's	S	N	F

Gastrointestinal

Enfermedad de Crohn	S	N	F
Colitis	S	N	F
Úlcera	S	N	F
Digestivo	S	N	F

neuroológico

Esclerosis múltiple	S	N	F
Epilepsia	S	N	F
Convulsiones	S	N	F
Pérdida del Conocimiento	S	N	F
Alzheimer	S	N	F
Parkinson	S	N	F
Enfermedad Cerebrovascular	S	N	F
Concusión	S	N	F
Migraña	S	N	F

General/Sistemático

Discapacidad del desarrollo	S	N	F
Pérdida de peso repentina	S	N	F
Fiebre	S	N	F
Fatiga	S	N	F
Trauma	S	N	F
Cinetosis	S	N	F
Embarazada/Lactante	S	N	F
Enfermedad del Riñón	S	N	F
Hepatitis	S	N	F
Ictericia	S	N	F
Enfermedad de Lyme	S	N	F
VIH / SIDA	S	N	F
Cancer	S	N	F
Tumor	S	N	F
Célula Falciforme	S	N	F
Tuvo una CT o MRI	S	N	F
Trastornos del aprendizaje	S	N	F
ADD/ADHD	S	N	F
Autista	S	N	F
MRSA	S	N	F
Discapacidades	S	N	F

Geniturinário

Enfermedad de Transmisión Sexual	S	N	F
Herpético viral	S	N	F
Chlamydia	S	N	F

Psiquiátrico

Depresión	S	N	F
Trastorno de Pánico	S	N	F
Esquizofrenia	S	N	F
Ansiedad	S	N	F

Oído, nariz, boca y garganta

Infección del tracto respiratorio superior	S	N	F
Dolor de oídos	S	N	F
Nariz que moquea	S	N	F
Dolor de garganta	S	N	F
Ringing-Tinnitus vertigo	S	N	F

Hematológico / linfático

Anemia	S	N	F
Gran volumen de pérdida de sangre	S	N	F
Leucemia	S	N	F

Respiratorio

Asma	S	N	F
Bronquitis	S	N	F
Enfisema	S	N	F
¿Alguna vez Fumo?	S	N	F
Todavía Fuma?	S	N	F
Neumonía	S	N	F
Apnea del sueño	S	N	F
COPD	S	N	F
Tos crónica	S	N	F
TB	S	N	F
Falta de aliento	S	N	F

Endocrino

Diabetes	S	N	F
Disfunción de la tiroides	S	N	F
Disfunción hormonal	S	N	F
Baja Azúcar en la Sangre	S	N	F

Integumentario

Eczema	S	N	F
Rosácea	S	N	F
Psoriasis	S	N	F

Enumere cualquier MEDICAMENTO que tome (incluya aspirina, anticonceptivos, hormonas y vitaminas):

Por favor, enumere las cosas a las que es ALÉRGICO (medicamentos, estacional, alimentos):

- *Si paga con cheque, haga un cheque a nombre de: Spectrum Eyecare*
- *los honorarios del examen deben pagarse el día del servicio y no son reembolsables*
- *Los pacientes son responsables de comprender sus tarifas de seguro, cobertura y copagos.*
Cualquier tarifa no cubierta por el seguro será responsabilidad del paciente / guardián / padre.
Cualquier pregunta o duda con respecto a las cuotas será respondida por la compañía de seguros respectiva.

continuó en la parte posterior...

RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD DE HIPAA DE RECEPCIÓN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____ [por favor escriba el nombre legal aquí] (el "paciente" o "representante legal del paciente"), se me ha presentado el aviso de política de privacidad (la "política") de Scott Sander, OD, (en el cuaderno) y se me ha ofrecido una copia de dicha política para mantener en mi expediente (hay otras copias disponibles).

Firma de Paciente / Padre / Representante legal

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

I, _____, [Please print full legal name here], acting as _____ [Please print relationship to or official position with Provider] for provider attempted to obtain the written acknowledgement of receipt of the Policy of Provider on _____ [date attempt was made], but acknowledge could not be obtained because:

_____ [Please initial here] Patient or Patient's legal representative refused to sign.

_____ [Please initial here] Patient or Patient's legal representative could not be communicated with sufficient to obtain acknowledgement.

_____ [Please initial here] Emergency circumstances prevented securing acknowledgement.

_____ [Please initial here] Other {please specify} _____

Signature of Provider or representative

Date