

Información del paciente: *NO somos proveedores de ningún plan de visión*

Nombre legal completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____ Forma de contacto preferida: Casa ☐ Celular ☐ Correo electrónico ☐

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐ Identidad de género: _____ Nombre preferido: _____

Raza: Indio americano/nativo de Alaska Asiático Negro/afroamericano
Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico Latinoamericano Blanco
Prefiero no especificar Otra: _____

Grupo étnico: Afroamericano Americano Indio americano Chino
Euroamericano Hispano/latino Judío
No hispano/latino Desconocido Prefiero no especificar

Estado civil: Soltero Casado Viudo ☐ Divorciado Menor de edad

Idioma: inglés español marshalés lenguaje de señas Otro: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Actualmente vivo en: Centro de rehabilitación a corto plazo
Asilo de ancianos y convalecientes Ninguno

Parte responsable/garante (si el paciente es menor de 18 años o está cubierto por el seguro de los padres):

Nombre del padre _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Empleador del padre _____ Teléfono _____

Nombre de la madre _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Empleador de la madre _____ Teléfono _____

Seguro médico _____ N.º de póliza _____ N.º de grupo _____

Nombre del asegurado _____ Relación _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____ N.º de seguro social del asegurado _____

Proveedor de seguro secundario _____ N.º de póliza _____ N.º de grupo _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____ N.º de seguro social del asegurado _____

Revelación de información, prácticas de privacidad y acuerdo económico

Liste a las personas con las que podemos hablar de su diagnóstico y sus tratamientos. Autorizo que Henry Eye Clinic hable de mi información médica con las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Autorizo que los médicos y el personal de Henry Eye Clinic me examinen (o a mi hijo), incluyendo dilatación y pruebas de diagnóstico según sea necesario. Se me proporcionó acceso al "Aviso de políticas de privacidad" y acepto el acuerdo económico de Henry Eye Clinic.

Firma: _____ Fecha: _____

Alergia/inmunitario:	Alergias estacionales/inmunodeficiencias	
Cardiovascular:	Dolor de pecho/insuficiencia cardiaca/presión alta/arritmia	
Constitucional:	Fatiga/fiebre/pérdida de peso	
Oídos/nariz/boca/garganta:	Sordera/boca seca/goteo nasal/sinusitis	
Endocrino:	Sed excesiva/cambios de ánimo/nivel alto de azúcar en sangre	
Ojos:	Visión doble/dolor de ojos/pérdida de visión/deslumbramiento/destellos y manchas visuales/ojos secos/ojos llorosos/sensibilidad a la luz/ojos rojos/comezón en los ojos/dificultad para leer/dificultad para conducir/pérdida de visión	
Gastrointestinal:	Estreñimiento/diarrea/hepatitis/úlceras/vómitos	
Genitourinario:	Sangre en la orina/secreción/úlceras genitales/cálculos renales	
Hematológico/linfático:	Sangrado fácil/infecciones recurrentes/salen moretones con facilidad	
Tegumentario (piel):	Eccema/sarpullido/comezón/mala cicatrización/ictericia	
Musculoesquelético:	Dolor en las articulaciones/dolor/parálisis/rigidez/hinchazón	

Neurológico:	Alzheimer/demencia/desmayos/dolores de cabeza/migrañas/entumecimiento/Parkinson/convulsiones/derrame cerebral	
Psiquiátrico:	Ansiedad/depresión/pérdida de memoria/problemas de sueño	
Respiratorio:	Asma/falta de aire/EPOC/bronquitis	

Historia social:

¿Fuma? ☐ No Solía fumar ☐ Sí: Fecha de inicio:_____ Cajetillas por día:_____

¿Bebe alcohol? No Sí: Cerveza ☐ Vino ☐ Licores ☐ Solía beber

¿Con qué frecuencia? Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Ocasionalmente Socialmente

Alergias: (a medicamentos o alimentos) **NINGUNA**

_____ (Reacción:_____)

_____ (Reacción:_____)

Medicamentos de los ojos: ☐ **NINGUNO**

_____ Ambos ojos Ojo derecho Ojo izquierdo Frecuencia_____

_____ Ambos ojos Ojo derecho Ojo izquierdo Frecuencia_____

Medicamentos sistémicos (incluyendo de venta libre): **NINGUNO** Vea la lista adjunta

_____ Dosis _____ Vía _____ Frecuencia_____

_____ Dosis _____ Vía _____ Frecuencia_____

_____ Dosis _____ Vía _____ Frecuencia_____

_____ Dosis _____ Vía _____ Frecuencia_____

_____ Dosis _____ Vía _____ Frecuencia_____

_____ Dosis _____ Vía _____ Frecuencia_____

_____ Dosis _____ Vía _____ Frecuencia_____

_____ Dosis _____ Vía _____ Frecuencia_____

Cirugías/procedimientos en los ojos: (p. ej.: LASIK, RK, cataratas, retina, glaucoma, láser, estrabismo)

NINGUNO

_____ Ambos ojos Ojo derecho Ojo izquierdo

Fecha aproximada: _____

_____ Ambos ojos Ojo derecho Ojo izquierdo

Fecha aproximada: _____

_____ Ambos ojos Ojo derecho Ojo izquierdo

Fecha aproximada: _____

Cirugías/procedimientos: (p. ej.: vesícula, histerectomía, apendectomía, reemplazo de cadera, etc.)

NINGUNO

_____ (Fecha:_____), _____ (Fecha:_____)

_____ (Fecha:_____), _____ (Fecha:_____)

_____ (Fecha:_____), _____ (Fecha:_____)

Declaro que la información que di sobre mi información médica y de paciente es completa y exacta a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto, independientemente de la situación del seguro, que soy responsable del saldo de esta cuenta por cualquier prestación de servicio profesional.

Firma: _____ Nombre en letra molde: _____ Fecha: _____

Declaro que la información que di sobre mi información médica y de paciente es completa y exacta a mi leal saber y entender. Con mi firma que figura abajo, autoricé a que los médicos y el personal de Henry Eye Clinic me examinen a mí o al paciente, incluida la dilatación y las pruebas de diagnóstico según sea necesario. Se me dio acceso al "Aviso de políticas de privacidad" y acepto el acuerdo económico de Henry Eye Clinic. Entiendo y acepto, independientemente de la situación del seguro, que soy responsable por el saldo de esta cuenta por cualquier prestación de servicio profesional. Entiendo que la mayoría de los seguros no cubren el cargo por refracción (que es necesario para obtener una receta de anteojos o lentes de contacto hoy o en el futuro), que es de USD 42 para la refracción regular y USD 90 para la refracción compleja, y acepto pagar la totalidad en el momento del servicio.

Firma: _____ Nombre en letra molde: _____ Fecha: _____