

## REGISTRACIÓN JUVENIL E HISTORIAL MÉDICO

*Se requiere el pago completo o co-pago del seguro servicios en el momento de la consulta o cuando se ordenan lentes. Les cobramos al seguro como una cortesía a nuestros pacientes. Aceptamos efectivo, cheques, Visa, Mastercard, Discover y pagos ( CareCredit)*

Fecha:	Fecha de nacimiento:	Correo Electrónico:	
Apellido:		Primer Nombre:	Segundo nombre:
Dirección del Paciente:		Ciudad/Estado/Código postal:	
Género:	Teléfono de casa (celular):		
Nombre de la persona de contacto de emergencia y su número de teléfono (aparte del padre con custodia):			
Si su hijo/a es un estudiante, ¿A qué escuela asiste?			
<b>Información del Seguro</b>			
¿Tiene seguro de visión? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Tiene Seguro Médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene seguro médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Número de la Póliza	
Nombre de la Compañía de Seguro:		Fecha de Nacimiento y # de Seguro Social de la Madre (si tiene)	
Nombre de la Madre:		Fecha de Nacimiento y # de Seguro Social de la Padre (si tiene)	
Nombre del Empleador de la Madre:			
Nombre del Padre:			
Nombre del Empleador del Padre:			
Razón principal para el examen de la vista: _____			
Por favor explique cualquier dificultad de Aprendizaje: _____			
Nombre del Médico del paciente: _____			
Dirección del Médico (Ciudad): _____			
Escriba los medicamentos que su hijo/a está tomando actualmente: (recetados o sin receta médica)			
Escriba todos los medicamentos o gotas para los ojos a las que su hijo/a es alérgico/a			

Salud general:	Historial de salud:	Preocupaciones:	Rendimiento en la escuela:
Ha tenido su hijo/a o tiene actualmente: <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón <input type="checkbox"/> Reacciones a los medicamentos <input type="checkbox"/> Alta presión <input type="checkbox"/> Cirugía de ojo <input type="checkbox"/> Comezón en los ojos <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Enfermedad ocular <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno de los de arriba	Tiene o ha tenido algún miembro de la familia <b>inmediata</b> : <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Ojos cruzados <input type="checkbox"/> Ojo vago <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Problemas de Embarazo <input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento <b>¿Se queja su hijo/a de?</b> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Visión borrosa a distancia <input type="checkbox"/> Visión borrosa cuando lee <input type="checkbox"/> Ojos cansados o adoloridos <input type="checkbox"/> Doble visión <b>Los intereses del niño:</b> <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Computadora <input type="checkbox"/> Juegos de videos <input type="checkbox"/> Deportes de equipo <input type="checkbox"/> Música	Si su hijo está en la escuela: <input type="checkbox"/> Le gusta asistir a la escuela <input type="checkbox"/> Trabajando a nivel de grado <input type="checkbox"/> ¿Está satisfecho con el rendimiento de su hijo en la escuela? <input type="checkbox"/> Ha repetido grado <input type="checkbox"/> Esta su hijo/a siendo tutorado <input type="checkbox"/> ¿Tiene su hijo atención corta? <input type="checkbox"/> ¿Quiere que se le mande un informe de visión escrito al maestro/a? Ponga sus iniciales ____ <input type="checkbox"/> ¿Podemos tener permiso para dilatar los ojos de su hijo si es recomendado?

Entiendo que todos los co-pagos se tienen que hacer en el momento del servicio y que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por mi seguro. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de las prestaciones. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros. **Reconozco haber recibido notificación del consultorio de prácticas de privacidad. Autorizo al consultorio usar y divulgar mi información médica para fines de tratamiento míos, obtener el pago, para llevar a cabo operaciones de atención médica.**

Firma de los padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_