

REGISTRACIÓN DEL PACIENTE Y SU 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: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M		NSS:		Empleador:	
Teléfono (casa):			Teléfono (trabajo):		Celular:
¿Cómo quiere que lo llamemos?					
Médico de familia y dirección:					
Contacto de emergencia y número de teléfono:					

Escriba todos los medicamentos que está tomando actualmente (recetados o sin receta médica):

Escriba todos los medicamentos o gotas para los ojos a las que usted es alérgico:

Salud general:	Historial de salud:	Necesidades de visión:	Opciones:
¿Ha tenido o tiene actualmente?: <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Alta presión <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"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Ojo seco <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Comezón en los ojos <input type="checkbox"/> Dolor	Tiene o ha tenido algún miembro de la familia inmediata : <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 Y usted: <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/> Toma alcohol <input type="checkbox"/> Usa drogas recreativas	¿Hace cualquiera de los siguientes? <input type="checkbox"/> Artesanía/ costura <input type="checkbox"/> Trabaja en el jardín <input type="checkbox"/> Computadora <input type="checkbox"/> Lee <input type="checkbox"/> Golf <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Dispara <input type="checkbox"/> Deporte de raqueta <input type="checkbox"/> Esquí <input type="checkbox"/> Pesca <input type="checkbox"/> Carpintería <input type="checkbox"/> Deportes acuáticos ¿Usa lentes de contacto? ¿Qué marca?	¿Alguna de las siguientes opciones le interesa a usted? <input type="checkbox"/> Lentes más delgados y livianos <input type="checkbox"/> Lentes que se ponen oscuros <input type="checkbox"/> Sin líneas bifocales <input type="checkbox"/> Tratamientos anti reflectantes <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Corrección de la visión con láser <input type="checkbox"/> Resistente a rayones <input type="checkbox"/> Lentes de sol <input type="checkbox"/> Lentes de seguridad <input type="checkbox"/> Lentes de equipo <input type="checkbox"/> Lentes de deportes <input type="checkbox"/> Lentes de televisión

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 del paciente: _____ Fecha: _____