

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

Apellido _____ Nombre _____ Fecha _____
Dirección: Calle _____ Ciudad _____ Estado _____
Código Postal _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Teléfono _____ Correo
Electronico _____ Sexo _____ Peso _____
Altura _____ Idioma Principal _____
Nombre de su médico primario _____
Fecha de última visita al oculista ____/____/____ Nombre del oculista _____
Motivo de la visita de hoy _____

Permiso para dilatar sus pupilas Yo entiendo que las gotas que se usan para dilatarme las pupilas pueden causar lo siguiente: visión borrosa, sensibilidad a la luz, incapacidad para ver de lejos, falta de equilibrio. He leído y comprendido los riesgos mencionados y por medio de la presente doy permiso para que me dilaten las pupilas. (Usted tiene la opción de postergar su dilatación para una fecha posterior)

Notificación de sus Derechos a la Privacidad: A partir del 14 de Abril del 2003, entró en vigencia una nueva ley: La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés). Parte de la ley protege contra el uso no autorizado de sus expedientes médicos. A petición una copia de esa ley está disponible en español.

Asignación de Beneficios y Responsabilidad Financiera: Todo servicio profesional brindado se cobrará al paciente y se pagará el día en que se brinda el servicio, a menos que se efectúe otro arreglo con nuestra administración anterior a la fecha del servicio brindado. Todo formulario será llenado para poder cobrar los pagos a las compañías de seguro de salud.

Asignación de Beneficios: Por la presente yo asigno todo beneficio médico y quirúrgico para incluir beneficios médicos mayores a los cuales tengo derecho. Por la presente autorizo y dirijo mi(s) compañía(s) de seguro de salud, incluso el Medicare, seguros privados, y todo plan médico o de salud entreguen cheques de pago directamente al Dr. William A. Olivos, por servicios médicos brindados a mí y/o a mis dependientes, independientemente de mis beneficios de seguro, si hay. Yo entiendo que soy responsable de cualquier costo no cubierto por mi seguro

Autorización para Divulgar Información: por la presente yo autorizo al Dr William A. Olivos a que:

- 1) Divulgue cualquier información necesaria a las compañías de seguro con respecto a mi condición médica y mis tratamientos. 2) procese las reclamaciones del seguro generadas durante el curso de mi examinación y tratamiento 3) permita (de por vida) una fotocopia de mi firma para utilizarla para procesar las reclamaciones del seguro médico.

Responsabilidad de Pagos: Le he pedido servicios médicos al Dr William A. Olivos para mí mismo y/o mis dependientes y comprendo que al hacer esta petición me responsabilizo por todo costo incurrido durante el curso del tratamiento autorizado. Además yo entiendo que debo pagar los servicios médicos brindados el mismo día que son brindados y estoy de acuerdo con pagar toda cuenta incurrida en su totalidad inmediatamente al recibir la declaración de cuentas. Una fotocopia de esta asignación se considera tan válida, como su copia original.

Firma del paciente o persona responsable _____ Fecha _____

HISTORIA MEDICA COMPLETA

HISTORIA SOCIAL

Usa anteojos? SI NO Si es así, por cuánto tiempo? _____
 Toma alcohol? SI NO Si es así, cuánto? _____
 Fuma SI NO Si es así, cuánto? _____
 Vive solo? SI NO _____
 Usa lentes de contacto? SI NO Si es así, por cuánto tiempo? _____

HISTORIA OCULAR: Indique si usted, o alguno de sus parientes, padece/ha padecido de lo siguiente:

Ceguera _____ Cirugía del ojo _____
 Cataratas _____ Glaucoma _____
 Enfermedad de la Córnea _____ Degeneración Macular _____
 Diabetes _____ Enfermedad de la Retina _____

LISTA DE MEDICAMENTOS _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS _____

USTED TOMA ASPIRINA? _____

Cirugías y/o hospitalizaciones _____

Enfermedades graves o accidentes no arriba mencionados: _____

Indique, por favor, si padece de algunas de las siguientes condiciones médicas:

PULMONES

Asma _____
 Tos crónica _____
 Enfermedad pulmonar obstructiva _____
 Enfisema _____
 Dificultad para respirar _____
 Otro _____

DIENTES/OIDOS/NARIZ

Problemas dentales _____
 Sinusitis _____
 Pérdida de la audición _____
 Otro _____

CORAZON/CARDIOVASCULAR

Angina _____
 Trastornos de la coagulación _____
 Arritmia cardíaca _____
 Problemas de la circulación _____
 Insuficiencia cardíaca _____
 Paro (ataque) cardíaco _____
 Alta presión sanguínea _____
 Otro _____

ORTOPEDICO/NEUROLOGICO

Artritis _____
 Convulsiones _____
 Calambres/Dolores en la pierna _____
 Fracturas _____
 Dolores de cabeza _____
 Reemplazo de articulación _____
 Derrame cerebral _____
 Reumatismo _____
 Otro _____

ABDOMEN

Infección de la vejiga _____
 Problemas intestinales _____
 Enfermedad hepática (hígado) crónica _____
 Problemas del hígado _____
 Problema de la vesícula _____
 Hepatitis _____
 Infección del riñón _____
 Cálculos en los riñones _____
 Nausea/vómitos _____
 Enfermedad de la próstata _____
 Enfermedad de los riñones _____
 Problemas del estómago _____
 Úlceras _____
 Problemas urinarios _____
 Enfermedad del utero _____
 Otro _____

OTRO

Tendencias a la hemorragia _____
 Tendencia a los moretones (hematomas) _____

 Cancer _____
 Diabetes _____
 Mareos _____
 Desmayos _____
 Desequilibrios hormonales _____
 Deficiencia inmunológica _____
 Episodios psiquiátricos _____
 Enfermedad de la tiroides _____
 Otro _____

Historia medica revisada _____

(Iniciales del doctor o de la doctora)