** Bienvenido a Buena Vista Eyeland**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genero: M / F Estado Civil: S C D V

*(Si es menor de edad)*

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono Movil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lenguage Preferido: Ingles / Espanol Su Farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informacion del Seguro** *(Por favor mostrar tarjetas & I.D.)*

Seguro Medico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I.D. / Poliza # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del titular en el Seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Es este seguro HMO, POS, PPO?

Nombre del Plan de Vision: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I.D. / Poliza # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial Medico**

Razon de la Visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Queja Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mencionar C**UALQUIER** y **TODOS** medicamentos que usted **TOMA** (incluyendo anticonceptivos, aspirina, remedios sin receta y remedios caseros):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ultimo examen de la vista: \_\_\_\_\_\_\_\_ Esta embazada/lactando? Si / No

Tiene usted **CUALQUIER** alergia a **medicamentos**: Si / No Si si, mencionar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tabaco: Alguna vez ha fumado? Si / No Usa narcoticos: Si / No

 Fumas? Si / No Si si, cual cantidad /hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uso de alcohol :Si / No Si si, Socialmente / 1 o 2 al dia / Dependiente del alcohol / Mas de lo habitual

Alguna vez ha estado infectado o contagiado por alguna enfermedad de transmision sexual? Si / No

 Si si, explicar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conduce carro? Si / No Si si, usted tiene dificultad conduciendo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Usa lentes?** Si / No Si si, cuanto tiempo hace que los tiene? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Usa lentes de contacto?** Si / No Si si, cuanto tiempo tiene el par que lleva puesto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de lentes de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Son comodos? Si / No

**Historial Medico**

Usted tiene ahora o ha tenido algunos de los siguientes problemas:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SIDA/AIDS |  Si / No |  | Manchas en la vista  |  |  Si / No | Diabetes  |  Si / No |
| Convulsiones  |  Si / No |  | Alergias/ Inmunologico  |  |  Si / No | Dolor del corazon  |  Si / No |
| Derrame  |  Si / No |  | Tiroides  |  |  Si / No | Presion Alta |  Si / No |
| Luces en la vista  |  Si / No |  | Dolor en el ojo  |  | Si / No | Autismo  |  Si / No |
| ADD |  Si / No |  | ADHD  |  | Si / No | Cancer |  Si / No |
| SARM |  Si / No |  | Colesterol Alto |  | Si / No | Otro  |  Si / No o |

Alguna vez ha tenido: Ojos cruzados, Parpado caido, Ojo vago, Ojo sobresalido, Glaucoma, Enfermedades de la Retina, Cataratas, **Infecciones en el ojo o Lesiones en el ojo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□Cirugia en el Ojo □Cirugia de Cataratas □ Cirugia Ocular Lasik □ Cirugia de YAG**

 **□Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Revision de Sistemas**

Usted tiene o ha tenido algunos de los siguientes problemas:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ojos rojos |  Si / No  |  |  |  |  | Vision desfigurada |  Si / No |
| Dolores de cabeza  |  Si / No |  | Molestia a la Luz  |  |  Si / No  | Ojos resecos  |  Si / No |
| Migraña  |  Si / No |  | Ojos lloroso  |  |  Si / No | Vision doble |  Si / No |
| Perdida de la vision |  Si / No |  | Vision borrosa en distancia |  |  Si / No | Borrozo de cerca |  Si / No |
| Perdida de vision lateral |  Si / No |  | Temblor en el parpado |  |  Si / No | Mucousidad |  Si / No |
| Picazon en el Ojo |  Si / No |  | Glaucoma |  |  Si / No | Cataratas |  Si / No |
| Sensacion de algo extraño en el ojo |  Si / No |  | Dolor muscular |  |  Si / No | Otro |  Si / No |

**Por favor lea y firme**

Yo certifico que yo, y /o mi dependiente(s), tenemos cobertura de seguro medico y asigno directamente a Buena Vista Eyeland, Inc todos los beneficios, si hay alguno.  **Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos pagos o no pagos por el seguro.** Autorizo el uso de mi firma para todas las sumisiones del seguro. El nombre usado anteriormente puede utilizar mi informacion medica y puede divulgar tal informacion a mi seguro y a sus agentes con el fin de obterner el pago por los servicios obtenidos y para determinar la cobertura del seguro.

 **Lea y ponga sus iniciales**

**\_\_\_\_\_\_ Yo entiendo que Buena Vista Eyeland Inc. esta en conformidad con HIPPA.**

**\_\_\_\_\_\_ Yo entiendo que si falto a una cita o la cancelo con menos de 24 horas de aviso, podre ser cobrado una tarifa de $40.**

**\_\_\_\_\_\_ Yo entiendo que el escaneo de la retina que Dr. Fodor revisara durante mi examen anual me hara responsable de cualquier cargo si mi seguro medico no lo cubre.**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Firma del responsable si el paciente es menor de edad)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Doctor y Fecha