

# Bienvenidos a Dr. Payne & Associates, P.A.

INFORMACION DEL PACIENTE			
Apellido:	Primer Nombre:	Inicial del Segundo nombre:	Apodo:
Dirección:		Ciudad	Estado      Código Postal
Teléfono: (Marque el preferido) <input type="checkbox"/> Casa: <input type="checkbox"/> Cell: <input type="checkbox"/> Trabajo:			
Correo Electrónico:	Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro
SS#:	Empleador/Escuela:	Ocupación/Grado:	
Dirección Postal (si diferente):			
Padre / Guardián (si el paciente es menor):		Otra familia en esta localidad:	
Doctor Primario, Dirección y numero:			Fecha del último examen físico:
Doctor de la vista previo, dirección y numero:			Fecha del último examen de la vista:
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaskan <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> N/A			
Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> N/A		Lenguaje preferido: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español	
INFORMACION DE SEGURO			
Tenga en cuenta: La mayor parte de planes de "visión" únicamente cubren refracciones y exámenes de rutina. Visitas que implican problemas médicos tales como conjuntivitis, resequedad ocular, lesiones oculares, dolor o caída repentina, pérdida de la visión, son bajo su cobertura de seguro médico, no bajo su plan de "visión". No aceptamos seguros para las visitas médicas. Si usted tiene alguna pregunta sobre su cobertura, asegúrese de ponerse en contacto con su compañía de seguro, o nuestra oficina, antes de su cita.			
Proveedor de seguro:	ID#:	Póliza/Grupo #:	
<b>Si el paciente NO es el asegurado, por favor llene la siguiente información del ASEGURADO:</b>			
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	SS #:	Relación del paciente con el asegurado: <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro
Dirección (si diferente):		Teléfono:	

## FORMA de HISTORIA

Razon de su visita?

Usted usa anteojos?  SI  No

Si usa antejo, lo usa para:  DISTANCIA  LEER  AMBOS

Usa lentes de contactos?  SI  NO

Fecha de su ultimo examen de vista? \_\_\_\_\_

Fecha de su ultimo examen medico? \_\_\_\_\_

Alguna alergia a medicina?  SI  NO

\_\_\_\_\_

Tiene alergia estacionales?  SI  NO

Esta embarazada?  SI  NO

Ves luces intermitentes en sus ojos?  SI  NO

Puede ver objetos flotantes?  SI  NO

Sufre de apagones de vision?  SI  NO

Tiene frecuentes dolores de cabeza?  SI  NO

Usted Fuma?  SI  NO

Bebe alcohol?  SI  NO

Medicamentos que esta tomando actualmente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos de vista:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Usted sufre de: Usted ha tenido cirugia de ojo antes para:**

No hay condiciones de salud

Cáncer

Diabetes Tipo \_\_\_\_

HbA1c \_\_\_\_% LBS \_\_\_\_mg/dl

Colesterol alto

Presión alta

Enfermedad Pulmonar

Esclerosis Múltiple

La Artritis Reumatoide

Sarcoidosis

Enfermedad de la Tiroides

Otros \_\_\_\_\_

**Alguda vez ha tenido:**

Ninguno

Ambliopia

Cataractas

Retinopatía Diabética

Ojos secos

Glaucoma

Iritis

Degeneración Macular

Enfermedad del Nervio Optico

Desprendimiento de Retina

Enfermedad de retina

Estrabismo

Ninguna cirugia del ojo

Cataractas

Extracción de Cuerpo Extranro

Cirugia refractive (LASIK)

Cirugiua de los musculos

Desprendimiento de Retina

Trauma

Otros \_\_\_\_\_

**Alguna Persona en su Familia:**

Ninun      M   F   GM   GF   Hermano

Ceguera     

Cataractas     

Diabetes     

Glaucoma     

Presión alta     

Degen. Macular

Otros \_\_\_\_\_

Historia Adoptado / Desconocido

Ocupación: \_\_\_\_\_

Horas por dia dedicadas a

Computadora \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Dr. Payne & Associates, P. A.

## Medicamentos Común:

Coloque una marca al lado de cualquier medicamento que este tomando corrientemente. La marca común y el nombre generico aparecen.

	<b>Abilify (Aripiprazole)</b>		<b>Flomax (Tamsulosin)</b>		<b>Nasonex (Mometasone Furoate)</b>
	<b>Actos (Pioglitazone)</b>		<b>Flonase</b>		<b>Nexium (Esomeprazole)</b>
	<b>Advair</b>		<b>Folic Acid (vitamin for anemia)</b>		<b>Norvasc (Amlodipine Besylate)</b>
	<b>Advil (Ibuprofen)</b>		<b>Gabapentin (Neurontin)</b>		<b>Novolog (fast acting Insulin)</b>
	<b>Albuterol (Proventil)</b>		<b>Glucophage (Metformin)</b>		<b>Paxil (Paroxetine)</b>
	<b>Ambien (Zolpidem)</b>		<b>Glimepiride (Amaryl)</b>		<b>Plaquenil (Hydroxychloroquine)</b>
	<b>Amoxicillin</b>		<b>Glipizide (Glucotrol)</b>		<b>Plavix (Clopidogrel)</b>
	<b>Aspirin</b>		<b>Glyburide (Miconase, DiaBeta, Glynase)</b>		<b>Pravachol (Pravastatin Sodium)</b>
	<b>Atenolol (Tenormin)</b>		<b>Hydrochlorothiazide (Microzide)</b>		<b>Prednisone (Detasone)</b>
	<b>Azithromycin (Z-Pak or Zithromax)</b>		<b>Hydrocodone-Acetaminophen</b>		<b>Prilosec (Omeprazole)</b>
	<b>Benicar (Olmesartan)</b>		<b>Insulin / Lantus</b>		<b>Prozac (Fluoxetine)</b>
	<b>Bystolic (Nebivolol)</b>		<b>Lexapro (Escitalopram)</b>		<b>Restasis (Cyclosporine)</b>
	<b>Calcium Acetate</b>		<b>Lipitor (Atorvastatin)</b>		<b>Singulair (Montelukast)</b>
	<b>Coreg (Carvedilol)</b>		<b>Lisinopril (Prinivil, Zestril)</b>		<b>Synthroid (Levothyroxine)</b>
	<b>Crestor (Rosuvastatin)</b>		<b>Lumigan (Bimatoprost)</b>		<b>Toprol (Metoprolol Succinate)</b>
	<b>Cozaar (Losartan Potassium)</b>		<b>Metformin Hydrochloride (generic for Glucophage)</b>		<b>Travatan (Travoprost)</b>
	<b>Cymbalta (Duloxetine)</b>		<b>Mevacor (Lovastatin)</b>		<b>Tricor (Fenofibrate)</b>
	<b>Diovan (Valsartan)</b>		<b>Mobic (Meloxicam)</b>		<b>Xalatan (Latanoprost)</b>
	<b>Enalapril Maleate (Vasotec)</b>		<b>Micardis (Telmisartan)</b>		<b>Zocor (Simvastatin)</b>
	<b>Epogen (Epoetin alfa)</b>		<b>Naproxen (Midol, Aleve)</b>		<b>Zoloft (Sertraline Hydrochloride)</b>

Otro medicamento no mencionado: \_\_\_\_\_

## Responsabilidades Financieras y Consentimiento

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Responsabilidad Financiera:

- Usted (o su tutor legal) es responsable por el pago de su cuenta, incluyendo co-pagos, co-seguro, deducibles, todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro y todos los cargos directos o indirectos incurridos en la colección de cualquier saldo pendiente.
- Mientras nosotros le ayudamos con la facturación de su seguro, no podemos garantizar la cobertura. Usted es responsable de conocer sus beneficios y requisitos de seguro para la cobertura y asegurar que cualquier remisión o autorizaciones necesarias se obtengan antes de recibir servicios. En el evento en que el reclamo sea rechazado, usted será responsable por el pago.
- Podemos presentar algunos tipos de seguros para usted; sin embargo, usted es responsable de permanecer en contacto con su compañía de seguro para asegurar que lo paguen en un tiempo oportuno. El pago es debido en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover y American Express.
- Por favor traiga su tarjeta de seguro y una identificación con foto con usted a cada visita, y notifiquenos de cualquier cambio como dirección o número de teléfono.
- Habrá un cargo de \$25.00 mas los cargos de nuestro banco por un cheque devuelto.

### Citas Canceladas:

Le pedimos que nos notifique con al menos 24 horas de anticipación para la cancelación de su cita. Si con frecuencia se le pasa su cita sin notificación previa, solo se podrá ver como paciente sin cita. El seguro no cubre citas perdidas.

### Liberación del Historial Medico:

Vamos a proporcionar un informe de los resultados del examen más reciente y la prescripción actual de gafas y lentes de contacto sin cargo alguno. Todos los gastos y los saldos deben ser pagados en su totalidad antes de la liberación, así como la firma de un formulario de liberación del Historial Medico.

### Reconocimientos:

- He leído, entendido, y aceptado las políticas descritas anteriormente.
- Doy mi consentimiento para la realización de los procedimientos optométricos aceptando ser necesario o conveniente.
- Yo autorizo la entrega de cualquier información contenida en mis registros, al final de mi tratamiento, la facturación y el procesamiento de reclamos de seguros, autorizo el pago de beneficios al Dr. Payne & Associates, P.A.
- La duración de este documento es indefinida y continua hasta que sea revocado por escrito.

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

Nombre(y relación de padre / guardián) \_\_\_\_\_

### Aviso de prácticas de privacidad:

Reconozco que una copia del aviso de prácticas de privacidad de Dr. Payne & Associates, P.A. se ha puesto a mi disposición en Inglés y Español.

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