

Fromer Eye Centers

FORMA DE REGISTRO

Fecha: _____

Apellido _____ Nombre _____ MI _____
Sr. _____ Sra. _____ Srta. _____ Dr. _____ Raza: [] Afroamericanos [] Asiáticos [] Caucasian
Hombre _____ Mujer _____ [] Hispanic [] Native American [] Other _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Grupo Etnico: _____
Lenguaje Primario: _____

No. de Seguro Social _____ E-Mail _____
Nombre de Farmacia: _____

Direccion _____ Direccion de Farmacia: _____

No. de Apartamento _____ Numero de Farmacia: _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ ¿Cómo prefiere recibir sus recordatorios de salud?: Por Teléfono Email

Telefono Primario _____ Telefono Secundario _____

Occupacion/Empleador _____ Telefono del Empleado _____

Medico Primario (PCP) (REQUIRED) _____

Direccion del Medico _____ Telefono del Medico _____

Medico que te Referido: _____
Nombre Apellido Direccion y Numero de Telefono

En caso de Emergencia _____
Nombre de _____ Relacion con el Paciente _____
Telefono Primario _____ Telefono Secundario _____

La informacion provista arriba es verdad a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a que los beneficios del seguro sean pagados directamente al doctor. Yo entiendo que soy responsable financieramente de cualquier balance. Yo autorizo a Fromer Eye Centers o al seguro a que den informacion medica si es requerida para el proceso de este cobro. Pago es requerido en el momento de su visita o al menos que nosotros participemos en su plan medico. Co-pago es equerido el mismo dia de su vista. * Yo he recibido el aviso de Practicas Privadas y he tenido la oportunidad de examinarlo y puedo llevar una copia para mis archives si creo que es necesario.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Número de Cuenta: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Quien lo refirio a nuestra practica? _____

Cual es la razon de su vista? _____

Cuando fue su visita mas reciente al Optalmologo? _____

Está usted interesado en la corrección de la visión con láser? _____ Si _____ No

Utiliza lentes con prescripcion? _____ Si _____ No

Si contesto si, necesita una prescpcion mas fuerte? _____ Si _____ No

Cuanto tiempo tiene con sus lentes? _____

Cual es la razon que usas lentes? (Para trabajar, para el computadora, etc..) _____

Esta usted interesado/a en un Nuevo par de lentes? _____ Si _____ No

Está utilizando gotas para los ojos?

Have You noticed the following?

Nombre de Gotas	Derecho	Izquierdo		SI	or	NO
------------------------	----------------	------------------	--	-----------	-----------	-----------

_____	_____	_____	Visión borrosa	_____		_____
-------	-------	-------	----------------	-------	--	-------

_____	_____	_____	Descarga	_____		_____
-------	-------	-------	----------	-------	--	-------

_____	_____	_____	Sequedad	_____		_____
-------	-------	-------	----------	-------	--	-------

_____	_____	_____	Dolor de ojos	_____		_____
-------	-------	-------	---------------	-------	--	-------

_____	_____	_____	Comezón	_____		_____
-------	-------	-------	---------	-------	--	-------

_____	_____	_____	Rojez	_____		_____
-------	-------	-------	-------	-------	--	-------

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

_____	_____	_____				
-------	-------	-------	--	--	--	--

La Historia Social:

Usted Fuma? _____ Si _____ No

Paquetes Diarios: _____

Toma bebidas alcoholicas? _____

Bebidas por día _____

Are you pregnant? _____

¿Está embarazada? _____

¿Qué marca? _____

Have you had or Have?

	SI	or	NO
--	-----------	-----------	-----------

Ansiedad	_____		_____
----------	-------	--	-------

Arthritis	_____		_____
-----------	-------	--	-------

Trastorno de la sangre	_____		_____
------------------------	-------	--	-------

cáncer	_____		_____
--------	-------	--	-------

Las cataratas	_____		_____
---------------	-------	--	-------

Depresión	_____		_____
-----------	-------	--	-------

Diabetes	_____		_____
----------	-------	--	-------

La boca seca	_____		_____
--------------	-------	--	-------

Cirugía ocular	_____		_____
----------------	-------	--	-------

Gastrointestinal	_____		_____
------------------	-------	--	-------

Glaucoma	_____		_____
----------	-------	--	-------

Ataque del corazón	_____		_____
--------------------	-------	--	-------

enfermedad del corazón	_____		_____
------------------------	-------	--	-------

Presión arterial alta	_____		_____
-----------------------	-------	--	-------

HIV/AIDS	_____		_____
----------	-------	--	-------

Hepatitis A, B, C	_____		_____
-------------------	-------	--	-------

Enfermedad renal	_____		_____
------------------	-------	--	-------

Enfermedades Respiratorias	_____		_____
----------------------------	-------	--	-------

Lupus	_____		_____
-------	-------	--	-------

Enfermedad de la retina	_____		_____
-------------------------	-------	--	-------

Piel Rash	_____		_____
-----------	-------	--	-------

carrera	_____		_____
---------	-------	--	-------

Cirugías	_____		_____
----------	-------	--	-------

Enfermedad de la tiroides	_____		_____
---------------------------	-------	--	-------

Un traumatismo en los ojos	_____		_____
----------------------------	-------	--	-------

Uveitis	_____		_____
---------	-------	--	-------