

Bienvenidos a The Eyeglass Shop

Nombre (Nombre, I.M., Apellido): _____ Nombre preferido: _____

¿Cómo quieres que nos dirijamos a ti? (Nombre/nombre preferido, Sr., Sra., Dr., Señorita, etc.) _____ Género: M / F

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

¿Cuál es su ocupación y empleador/escuela? _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ Estado Civil: Soltero Casado _____

Remitido por: _____

***Debemos tener una copia de todas las tarjetas de seguro el día del servicio.**

Seguro Médico Primario: _____ Seguro Médico Secundario: _____

Seguro de visión: _____ Nombre del asegurado: _____

Número de Seguro Social del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Empleador del asegurado: _____

Médico de familia: _____ Clínica/Teléfono del Dr. de familia: _____

Miembros de la familia: _____

Para facilitar la transferencia de datos, encierre en un círculo sus nombres si son pacientes de esta oficina.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Me ofrecieron una copia de la declaración de The Eyeglass Shop sobre prácticas de privacidad.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Por la presente autorizo a The Eyeglass Shop a divulgar cualquier información médica o

Incidental que pueda ser necesaria para un beneficio médico o en la tramitación de solicitudes de beneficio económico. Esto incluye, entre otros, mi compañía de seguros, otros proveedores de atención médica, servicios de rehabilitación, administración del Seguro Social y compensación al trabajador.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Por la presente autorizo a The Eyeglass Shop a administrar los procedimientos médicos y de diagnóstico que sean necesarios para una atención médica adecuada.

POLÍTICA DE PAGO DE LA OFICINA: Entiendo que soy responsable del pago de todos los cargos. Como cortesía, se facturará a mi seguro. Es mi responsabilidad pagar cualquier deducible, copago o cualquier otro saldo no pagado por mi compañía de seguros. Autorizo que los beneficios del seguro se paguen directamente al proveedor.

COBERTURA DEL PLAN DE VISIÓN: Entiendo que solo se puede utilizar un plan de visión para examen/materiales por visita por paciente y que el plan de visión que se utilizará debe elegirse antes del examen. ocurre y no puede cambiar en una fecha posterior

FIRMA (paciente, padre o tutor legal): _____ FECHA: _____

MOTIVO DEL EXAMEN DE HOY: _____

Fecha aproximada del último examen de la vista: _____ Nombre del consultorio y/o oftalmólogo: _____

¿Está experimentando alguno de los siguientes?

Cambios en la visión con los anteojos actuales Deslumbramiento Sequedad/Ardor Sensación de arena/arenosa

Cambios en la visión con lentes de contacto actuales Sensibilidad a la luz Ojos llorosos Ojos rojos

Visión borrosa Ojos cansados o fatiga visual Picazón en los ojos Otro (explique): _____

SU HISTORIAL OCULAR

¿Le han diagnosticado o ha tenido alguno de los siguientes síntomas (marque todo lo que corresponda):

Ojos secos Alergias oculares Infección por lentes de contacto Cataratas Glaucoma Degeneración macular

Ambliopía u "ojo vago" Estrabismo (giro del ojo u "ojo vago") Ceguera Problemas de retina

Cirugía ocular: _____ Otra enfermedad ocular: _____

SU HISTORIAL MÉDICO

¿Le han diagnosticado o ha tenido alguno de los siguientes síntomas (marque todo lo que corresponda):

- Diabetes Presión arterial alta Colesterol alto Enfermedad cardíaca Accidente cerebrovascular Tumor cerebral
 Alergias ambientales Hipo/hipertiroidismo Síndrome de Sjogren Artritis reumatoide Enfermedad de Crohn
 Colitis ulcerosa Lupus Espondilitis anquilosante Cáncer Condición de salud mental: _____
 Otro: _____

HISTORIAL FAMILIAR

Hasta donde usted sabe, ¿alguno de sus parientes consanguíneos ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes (marque todo lo que corresponda):

- Diabetes Cataratas Glaucoma Degeneración macular Ambliopía u “ojo vago” Estrabismo (giro del ojo u “ojo vago”)
 Ceguera Problemas de retina Otra enfermedad ocular: _____

VISION ACTUAL

Anteojos: ¿Cuántos pares de anteojos recetados utiliza actualmente? _____

¿Qué tipo de lentes hay en su par de anteojos principales? Visión sencilla Bifocal Trifocal Sin línea (progresivo)

N/A

¿Está pensando en comprar gafas o gafas de sol hoy? Sí No Quizás

¿Qué tipo de gafas te interesan? De todo uso Progresivos para todo Lentes polarizados **con** prescripción

Lentes polarizados **sin** prescripción Computadora Golf Pesca TV/solo distancia Deportes Lentes de seguridad

Lentes de Contacto: ¿Usas lentes de contacto actualmente? Sí No

En caso afirmativo, ¿cómo calificaría su experiencia actual con el uso de lentes de contacto del 1 al 10? _____

Si no es un 10, ¿qué se podría mejorar? Comodidad Conveniencia Claridad de visión Otro: _____

¿Estás interesado en usar o seguir usando lentes de contacto? Sí No Quizás

¿Con qué propósito te gustaría usar tus lentes de contacto? Tanto como sea saludable y seguro para mis ojos

Trabajo/Escuela Deportes/Hacer ejercicio Ropa de noche Piscina/Deportes acuáticos Armas de fuego/Caza

¿Cuál es el fabricante/marca de sus lentes de contacto? _____

¿Cuáles son los poderes de tus lentes de contacto (si lo sabes)? _____

¿Qué edad tienen tus lentes de contacto actuales? _____

¿Con qué frecuencia reemplaza sus lentes de contacto? _____

¿Qué soluciones utilizas para cuidar tus lentes de contacto? Biotrue Opti-Free PureMoist Clear Care Otro: _____

¿Es usted fumador actual o exfumador?

Sí No

¿Tus ojos son sensibles a la luz del sol?

Sí No

¿Problemas con reflejos y/o deslumbramientos?

Sí No

¿Está interesado en cambiar el color de sus ojos (cambios sutiles/naturales o vibrantes disponibles)?

Sí No

¿Tienes hijos?

Sí No

Horas de uso diario de la computadora: _____

Por favor indique sus actividades deportivas/pasatiempos: _____