REGISTRO DE PACIENTES E HISTORIA CLÍNICA

Nombre: _____ Fecha: _____
Dirección: _____
Street City State Zip
Teléfono preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género ___ Estado civil: M D S W
Número de seguridad social_____
¿Quién es responsable de esta cuenta? _____Relación con el paciente_____
Seguro: Visión _____
Nombre asegurado: _____
Por favor, presente las tarjetas de seguro a la recepcionista.
Fecha del último examen ocular y por quién: _____
nosotros?_____
Problema principal de los ojos hoy: _____

POR FAVOR LISTA TODOS
LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA REGULARMENTE (oproporcione una lista a la recepcionista)
1_____
2_____
3_____
Si se indica hoy, ¿qué tipo de corrección de la visión preferiría? ____Gafas ____Lentes de contacto

Divulgación de información del paciente

Por favor, enumere a los miembros de la familia u otras personas, si las hubiere, a quienes podamos informar sobre su salud médica general, a quién le gustaría recoger los materiales para usted:

1_____

¿Se pueden dejar mensajes confidenciales en su contestador automático o teléfono celular? _____Sí _____No
Firma del paciente o tutor_____

Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA

Se me ha presentado una copia de la ley de privacidad de la HIPAA. Entiendo el contenido. Sé que en cualquier momento puedo solicitar a mi propia persona copia del formulario.

Firma del paciente o del tutor_____

Nombre_____

¿Usas gafas? _____ ¿Usa lentes de contacto? _____Si es así, Tipo y marca _____

Altura____Peso____Smoker___Yes___No____ En el pasado alcohol user____yes____no____por día____

Médico____sí ____no Por favor, enumere cualquier cirugía, incluidas las cirugías oculares:
_____

RESUMEN DE SISTEMAS: Indique si usted (el paciente) o un miembro de *la* familia *(padre, abuelo, hermano,* hermana) alguna vez tuvo cualquiera de los siguientes:

	Paciente	Familiares
Ambliopía, ojo cruzado o perezoso	**SI NO**	
Cataratas	**SI NO**	
Infección, lesión o Iritis	**SI NO**	
Glaucoma	**SI NO**	
Degeneración macular	**SI NO**	
Otra enfermedad de la retina, como sangrado o desprendimiento	**SI NO**	
Problemas cardiovasculares (HBP, colesterol alto, enfermedades del corazón, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva)	**SI NO**	
Problemas endocrinos (diabetes, tiroides alta/baja)	**SI NO**	
Problemas neurológicos (accidente cerebrovascular, entumecimiento, debilidad, dolores de cabeza, parálisis, convulsiones)	**SI NO**	
Oído, nariz, garganta (pérdida de audición, problemas sinuosos, problemas de garganta)	**SI NO**	
Gastrointestinal/hígado (reflujo, úlcera estomacal, hepatitis, cirrosis, vesícula biliar)	**SI NO**	
Genital/urinario (insuficiencia renal, infección del tracto urinario, TV, sangre en la orina)	**SI NO**	
Problemas sanguíneos o linfáticos (anemia, leucemia, VIH/SIDA, linfoma)	**SI NO**	
Enfermedad de la piel (erupción, eczema, psoriasis, rosácea, llagas)	**SI NO**	
Problemas musculoesqueléticos (osteoartritis, dolor articular, dolores musculares, inflamación de las articulaciones)	**SI NO**	
Problemas psiquiátricos (ansiedad, bipolar, depresión, esquizofrenia, autismo)	**SI NO**	
Problemas respiratorios (asma, EPOC, enfisema, bronquitis, sibilancias)	**SI NO**	
Enfermedad autoinmune (Lupus, Crohn's, Artritis reumatoide, Artritis psoriásica)	**SI NO**	
¿Cáncer? Si es así, ¿de qué tipo?		
¿Otras condiciones no mencionadas?		

¿Tiene actualmente alguno de los siguientes? (Circule todo lo que corresponda)

Pérdida o cambio en la visión	**Sí**	**No**
Visión borrosa	**Sí**	**No**
Dolor o irritación	**Sí**	**No**
Ojos acuosos o con picazón	**Sí**	**No**
Destellos de luz	**Sí**	**No**
Nuevos flotadores	**Sí**	**No**
Ojos secos	**Sí**	**No**
Enfermedad de Córnea	**Sí**	**No**
Sensibilidad a la luz	**Sí**	**No**
Alergias activas	**Sí**	**No**

La información que he proporcionado es precisa y completa a mi leal saber y entender. No responsabilizco a mi Optometrista o Baldwin Optical de los errores u omisiones que pueda haber cometido en la cumplimentación de estos formularios.

Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para procesar una reclamación en cualquier seguro listado. Por la presente, asigno y autorizo el pago directamente a Baldwin Optical por todos los beneficios pagaderos bajo dicha póliza de seguro. Me doy cuenta de que los beneficios del seguro pueden no pagar toda la factura, y estoy de acuerdo en pagar la diferencia de toda la factura si es necesario. En caso de incumplimiento en el pago de mis cargos, acepto pagar todos los costos de cobro, incluyendo un cargo razonable de abogado, en caso de que la cuenta sea referida a un abogado para su cobro.

Firma (Paciente o Guardián(_____

310 E Laurel Ave
Foley
PH - 251-210-3741
FX – 251-241-7220

IMÁGENES DIGITALES DE LA RETINA

Bethany Lyn, O.D.

La Dra. Bethany Lyn se complace en informarle de la adición de un instrumento que complementa su cuidado ocular integral. DIGITAL RETINAL IMAGING es una tecnología que permite la visualización de la retina por parte del médico y del paciente. La imagen ayuda estableciendo una línea de base del interior de sus ojos, como dice el viejo dicho: "una imagen vale más que mil palabras".

El Dr. Lyn puede entonces comparar la imagen con imágenes futuras y observar cuidadosamente cualquier cambio. Ella cree que esto promoverá el diagnóstico temprano de muchas afecciones oculares anormales, algunas de las cuales pueden resultar en pérdida permanente de la visión si no se detectan y se tratan de manera oportuna.

Esta es una adición opcional a su examen hoy y no está cubierta por el seguro. Lyn recomienda esta imagen para todos sus pacientes. La tarifa es de solo $28.00.

_____ Por favor, realice la línea de base DIGITAL RETINAL IMAGING como un procedimiento adicional opcional a mi Examinación.

_____ No deseo que se realice nIFILO DE RETINAL DIGITAL.

_____

Firma del paciente/tutorFecha