

ARKANSAS EYE SITE

¡Bienvenido a Nuestra Oficina!

Por favor complete el siguiente formulario lo más completamente posible.

La información en este formulario de historial es confidencial y crítica para su evaluación visual y de salud.

Fecha: _____

Información del Paciente

Apellido: _____

Nombre: _____ Inicial: _____

Calle: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

SSN: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: M o F Estado civil: _____

Etnia: _____

¿Cómo prefiere que lo contactemos?

Casa Trabajo Celular Texto Correo electrónico

Empleador/Escuela: _____

Ocupación/Grado: _____

Farmacia: _____

Médico de atención primaria: _____

Seguro primario: _____

ID de miembro: _____

ID de grupo: _____

Nombre y fecha de nacimiento del titular:

Seguro secundario: _____

ID de miembro: _____

ID de grupo: _____

Nombre y fecha de nacimiento del titular:

Seguro de visión: _____

ID de miembro: _____

Nombre y fecha de nacimiento del titular:

SSN del titular: _____

Cónyuge/Padre: _____

Trabajo del cónyuge/padre: _____

¿Está cubierto bajo una póliza de empleador o sindicato?

Sí No

¿Está cubierto bajo algún otro plan de atención médica?

Sí No

¿Está inscrito en un Plan Medicare Advantage?

Sí No

Si no fue referido, ¿cómo eligió nuestra oficina?

- Amigo/Familiar Lista de seguro
 Otro Doctor Vio letrero/edificio
 Periódico/Radio/TV
 Páginas Amarillas: ¿Directorio? _____
 Búsqueda en línea: ¿Dónde? _____
 Otro: _____

Entiendo y acepto que, independientemente de mi estado de seguro, soy responsable en última instancia del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. He leído toda la información en esta hoja y he completado las respuestas anteriores. Certifico que esta información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Le notificaré de cualquier cambio en mi estado de la información anterior.

Firma _____ Fecha: _____

ARKANSAS EYE SITE

Formulario de Historial Médico del Paciente

Por favor complete el siguiente formulario lo más completamente posible.

La información en este formulario de historial es confidencial y crítica para su evaluación visual y de salud.

Nombre del paciente: _____

Por favor enumere los medicamentos actuales:

(Incluyendo vitaminas, control de natalidad y medicamentos de venta libre)

- _____ • _____
- _____ • _____
- _____ • _____
- _____ • _____
- _____ • _____
- _____ • _____
- _____ • _____
- _____ • _____
- _____ • _____
- _____ • _____

Por favor enumere gotas para los ojos o medicamentos para los ojos que usa:

- _____ • _____
- _____ • _____

¿Es alérgico a algún medicamento? Por favor enumere:

- _____ • _____
- _____ • _____

¿Alguna vez ha experimentado, sido diagnosticado o tratado por alguno de los siguientes?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Ardor en los ojos |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Abrasiones corneales |
| <input type="checkbox"/> Ojo cruzado/Desviación ocular | <input type="checkbox"/> Visión doble |
| <input type="checkbox"/> Infecciones oculares | <input type="checkbox"/> Lesión ocular |
| <input type="checkbox"/> Destellos de luz Flotadores/Manchas | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Arenilla |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Iritis/Uveítis |
| <input type="checkbox"/> Picazón | <input type="checkbox"/> Ojo perezoso |
| <input type="checkbox"/> Degeneración macular | <input type="checkbox"/> Sequedad |
| <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina | <input type="checkbox"/> |
| Sensibilidad a la luz solar | |
| <input type="checkbox"/> Lagrimeo ver de noche | <input type="checkbox"/> Problemas para |
| <input type="checkbox"/> Gafas incómodas | |
| <input type="checkbox"/> Otros trastornos oculares: _____ | |

¿Uso de tabaco? Sí No

¿Ex usuario de tabaco? Sí No

¿Bebe alcohol? Sí No

¿Alguna vez ha tenido una cirugía relacionada con los ojos?

Sí No

Si es así, por favor especifique:

• _____

Por favor enumere todo el historial quirúrgico:

• _____ • _____

• _____ • _____

• _____ • _____

• _____ • _____

• _____ • _____

• _____ • _____

• _____ • _____

¿Alguna vez ha sido diagnosticado con lo siguiente?

Reflujo ácido Eczema/Erupciones

Alergias/Sinusitis Epilepsia

Alzheimer/Demencia Fibromialgia

Artritis Ataque al corazón

Asma Enfermedad cardíaca

Sangre/Linfático Presión arterial alta

Cáncer Lupus

Colesterol Esclerosis múltiple

Crohn/SII Parkinson

EPOC/Enfisema cerebrovascular Accidente

Depresión/Ansiedad Tiroides

Diabetes Otro: _____

¿Tiene un historial FAMILIAR de alguno de los siguientes?

Marque todos los que correspondan e indique la relación.

(Fallecidos y vivos)

Cataratas _____

Glaucoma _____

Degeneración macular _____

Problemas de retina _____

Problemas corneales _____

Ojo perezoso _____

Diabetes _____

Presión arterial alta _____

Enfermedad cardíaca _____

Cáncer _____

Otro: _____

Otro: _____

ARKANSAS EYE SITE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Autorización para Divulgar Información del Paciente:

Yo, _____, por la presente autorizo a Arkansas Eye Site a discutir y divulgar cualquier información médica a las personas nombradas a continuación. Esto incluye recogidas de gafas/lentes de contacto, información de citas y permiso para contactarlos si no pueden comunicarse conmigo cuando sea necesario.

Nombre: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono: _____

Iniciales: ____

Asignación de Beneficios:

Solicito que los pagos de Medicare, Medicaid, compañías de seguros médicos y otros pagadores terceros se hagan pagaderos a mis proveedores de atención médica. Autorizo a mis médicos y proveedores de atención médica a divulgar mi Información de Salud Protegida (PHI) a la Administración de Financiamiento de Atención Médica, compañías de seguros y otros proveedores de servicios médicos según sea necesario para proporcionar mi atención clínica y/o para determinar mis beneficios financieros o coberturas, en cumplimiento con HIPAA y otras leyes aplicables. Por la presente reconozco que he recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier cargo no pagado por mi seguro.

Iniciales: _____

Autorización de Refracción:

La refracción es el proceso en el que el médico verifica su prescripción de gafas o lentes de contacto. Los seguros médicos no cubren este cargo porque se considera visión de rutina y no medicamente necesario.

El cargo de \$20.00 vence en el momento del servicio.

POR FAVOR ELIJA UNA OPCIÓN. MARQUE UNA CASILLA. FIRME Y FECHE.

Opción 1: SÍ, quiero recibir estos artículos o servicios.

Entiendo que mi Compañía de Seguros no decidirá si pagar a menos que reciba estos artículos o servicios. Por favor presente mi reclamo a mi compañía de seguros. Entiendo que puede facturarme por artículos o servicios y que es posible que tenga que pagar la factura mientras mi Compañía de Seguros toma su decisión. Si mi compañía de seguros paga, me reembolsará cualquier pago que le haya hecho que me corresponda. Si mi Compañía de Seguros niega el pago, acepto ser personal y totalmente responsable del pago. Es decir, pagaré personalmente, ya sea de mi bolsillo o a través de cualquier otro seguro que tenga. Entiendo que puedo apelar la decisión de mi Compañía de Seguros.

Opción 2: NO, he decidido no recibir estos artículos o servicios.

No recibiré estos artículos o servicios. Entiendo que no podrá presentar un reclamo a mi compañía de seguros y que no podré apelar su opinión de que mi compañía de seguros no pagará.

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

ARKANSAS EYE SITE

Información de Imágenes Retinales Optos

Nuestra tecnología Optomap le brinda a su médico de los ojos una vista integral de su retina, lo que ayuda a detectar signos de enfermedades en sus etapas más tempranas. Al ver la mayor parte de la retina a la vez, su médico de los ojos puede dedicar más tiempo a explicar las imágenes y discutir su salud ocular con usted.

Optomap es reconocido en numerosos estudios clínicos como una herramienta de diagnóstico valiosa. A partir del 1 de enero de 2024, incluiremos esta tecnología en nuestros exámenes regulares como parte de nuestro compromiso con la atención de alta calidad. Tomamos fotos anuales para ayudar a su médico a monitorear su salud retinal y mantener un registro digital para comparación futura.

ESTE EXAMEN NO ESTÁ CUBIERTO POR EL SEGURO

Tarifa de servicio: \$25.00

SÍ, me gustaría recibir este servicio.

NO, NO me gustaría recibir este servicio

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Índice de Estilo de Vida

INICIALES DEL PT / ID _____

FECHA _____

Este cuestionario está destinado a ayudar a su médico a comprender lo que está experimentando de forma regular, ya sea causado por sus ojos, postura, estrés, etc. Sus respuestas ayudarán a asegurarse de que reciba la mejor atención posible.

¿Con qué frecuencia experimenta alguno de estos síntomas? Rellene el círculo aplicable. Por ejemplo: 1 2

● 4 5

Dolores de cabeza

de cualquier severidad cada semana, generalmente empeorando más tarde en el día

1 2 3 4 5

Nunca Raramente A veces Muy a menudo Siempre

Rigidez / dolor en el cuello / hombros

cuando trabaja en una computadora o lee

1 2 3 4 5

Nunca Raramente A veces Muy a menudo Siempre

Incomodidad con el uso de computadora

en sus ojos (enrojecimiento, ardor) después de largas horas mirando una pantalla

1 2 3 4 5

Nunca Raramente A veces Muy a menudo Siempre

Ojos cansados

con sensación creciente de fatiga ocular durante el día

1 2 3 4 5

Nunca Raramente A veces Muy a menudo Siempre

Sensación de ojo seco

sintiendo progresivamente más arenoso/arenoso mientras trabaja en la computadora o lee

1 2 3 4 5

Nunca Raramente A veces Muy a menudo Siempre

Sensibilidad a la luz

especialmente con luces más brillantes y fuertes como fluorescentes o faros

1 2 3 4 5

Nunca Raramente A veces Muy a menudo Siempre

Mareo por movimiento

o una experiencia como mareo o vértigo

1 2 3 4 5

Nunca Raramente A veces Muy a menudo Siempre

PARA USO DE OFICINA

Valor Neurolens	División de prisma para orden de entrada OD: OS:	Desalineación Cerca: Distancia: OD: OS: MQI	Mono PD Cerca: Distancia: Relación AC/A
-----------------	---	--	--