

Nombre: _____
 Dirección: _____

 Tel: (_____) _____ Tipo: Casa / Móvil
 Correo electrónico: _____
 Fec. de Nac. : ____ / ____ / ____ Sexo: M / F
 SSN: _____ País de origen: _____
 Nombre de su Doctor Primario y teléfono:

 ¿Último examen médico? ____ / ____ / ____

¿Está sintiendo alguno de los siguientes síntomas?

<input type="checkbox"/> Ojos rojos	<input type="checkbox"/> Manchas en la vista
<input type="checkbox"/> Picazón	<input type="checkbox"/> Focos de luz
<input type="checkbox"/> Ardor	<input type="checkbox"/> Dolor de ojo
<input type="checkbox"/> Lagrimas	<input type="checkbox"/> Sensible a la luz
<input type="checkbox"/> Ojos arenosos	<input type="checkbox"/> Doble Vision
<input type="checkbox"/> Sequedad	<input type="checkbox"/> Cansancio visual

¿Último examen de la vista? ____ / ____ / ____
 ¿Sufre de alergias de temporada? Si / No
 ¿Alguna vez le han diagnosticado a usted o algún familiar con lo siguiente?

Cataratas..... Yo Familia: _____
 Glaucoma..... Yo Familia: _____
 Degeneración de la mácula..... Yo Familia: _____
 Desprendimiento de la retina..... Yo Familia: _____
 Estrabismo..... Yo Familia: _____
 Ambliopía..... Yo Familia: _____

Ocupación: _____
 ¿Usa lentes de sol? Sí / No
 ¿Usa lentes de contacto? Sí / No
 ¿Maneja? Sí / No
 Uso de aparatos electrónicos por día: ____ horas
 Deportes/Pasatiempos: _____

Medicamentos actuales

 Alergias a medicamentos: _____
 Farmacia y teléfono: _____

 Cirugías anteriores (y fechas) (por ejemplo, LASIK)

 ¿Está embarazada o lactando? Sí / No
 ¿Fuma? Sí / No ¿Cigarros por día? _____
 ¿Toma? Sí / No ¿Bebidas por día? _____

 alguna vez le han diagnosticado o algún familiar con lo siguiente? Indica quien en la familia.

Diabetes..... Yo Familia: _____
Presión alta..... Yo Familia: _____
Ataque cerebral..... Yo Familia: _____
Enfermedad del corazón..... Yo Familia: _____
Colesterol alto..... Yo Familia: _____
Tiroides..... Yo Familia: _____
 Asma..... Yo Familia: _____
 Sinusitis..... Yo Familia: _____
Artritis
Reumatoidea..... Yo Familia: _____
 Osteoporosis..... Yo Familia: _____
Cáncer..... Yo Familia: _____
 Anemia..... Yo Familia: _____
Riñón..... Yo Familia: _____
 Gastritis..... Yo Familia: _____
Esclerosis múltiple..... Yo Familia: _____
Depresión..... Yo Familia: _____
 Rosácea..... Yo Familia: _____
Migrañas..... Yo Familia: _____
VIH..... Yo Familia: _____
 ¿Hay algún familiar que se atiende en esta oficina?
 Por favor, nombre: _____

Aviso de Privacidad - Reconocimiento del Paciente

Fecha: _____

Entiendo que según la Ley de Privacidad y Responsabilidad del Información de Salud de 1996 ("HIPPA", por sus siglas en inglés), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en el tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones de atención médica rutinarias, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Yo certifico que he recibido, leído y entiendo su *Aviso de Privacidad* que contiene una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que Ferrer Garcia Eyecare tiene el derecho de cambiar su *Aviso de Privacidad* cada cierto tiempo y que puedo comunicarme con esta oficina en cualquier momento para obtener una copia actualizada del *Aviso de Privacidad*.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito que se restrinja cómo se usa o divulga mi información privada con respeto al tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre del paciente: _____ Nombre del tutor (si aplica): _____

Firma: _____ Relación al paciente (si firmado por el tutor): _____

Póliza de Ausencias y Cancelaciones:

Ferrer Garcia Eyecare se reserva el derecho de establecer una póliza formal sobre cancelaciones y ausencias. Un ausencia se define como una cita programada a la cual el paciente no asiste. Pedimos que los pacientes confirmen sus citas vía llamada, texto, o correo electrónico. Si no recibimos una confirmación 48 horas antes de la hora programada de su cita, **su cita será cancelada**. Una tarifa de **\$45** se aplicará por cada cita que sea confirmada con falla de asistencia. **Certifico que entiendo que soy responsable de cualquier tarifa cobrada de acuerdo con esta póliza y que la oficina se reserva el derecho de negar la programación de citas adicionales si me niego a cumplir con esta póliza.**

Firma: _____

Póliza de pago:

Yo asigno todos los beneficios médicos, incluidos los principales beneficios a los que tengo derecho, incluidos Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de salud, a Ferrer Garcia Eyecare. Yo autorizo a dicho planes de salud a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago. Si mi compañía de seguros no ha reembolsado a Ferrer Garcia Eyecare dentro de 60 días, es posible que se me facturen los servicios o productos que he recibido. Entiendo que soy responsable de los saldos adeudados después de la facturación. **Certifico que entiendo que no hay reembolsos o cambios y que todas las ventas son finales a menos que estén cubiertas por la garantía del fabricante o los programas de garantía de la oficina.**

Firma: _____