

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? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Alguna vez le han diagnosticado lo siguiente?

Cataratas..... <input type="checkbox"/> Si	Glaucoma..... <input type="checkbox"/> Si
Degeneración de la mácula..... <input type="checkbox"/> Si	Desprendimiento de la retina..... <input type="checkbox"/> Si
Estrabismo..... <input type="checkbox"/> Si	Ambliopía..... <input type="checkbox"/> Si
Diabetes..... <input type="checkbox"/> Si	Ataque cerebral..... <input type="checkbox"/> Si
Presión alta..... <input type="checkbox"/> Si	Enfermedad del corazón..... <input type="checkbox"/> Si
Colesterol alto..... <input type="checkbox"/> Si	Tiroides..... <input type="checkbox"/> Si
Asma..... <input type="checkbox"/> Si	Sinusitis..... <input type="checkbox"/> Si
Artritis	Osteoporosis..... <input type="checkbox"/> Si
Reumatoidea..... <input type="checkbox"/> Si	Cáncer..... <input type="checkbox"/> Si
Anemia..... <input type="checkbox"/> Si	Riñón..... <input type="checkbox"/> Si
Gastritis..... <input type="checkbox"/> Si	Esclerosis múltiple. <input type="checkbox"/> Si
Depresión..... <input type="checkbox"/> Si	Rosácea..... <input type="checkbox"/> Si
Migrañas..... <input type="checkbox"/> Si	VIH..... <input type="checkbox"/> Si

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? \_\_\_\_\_

¿Sufre de alergias de temporada? Si / No

¿Hay algún familiar que se atiende en esta oficina?  
 Por favor, nombre: \_\_\_\_\_

Alguna vez le han diagnosticado a algún familiar lo siguiente? Indica quien en la familia.

Glaucoma..... <input type="checkbox"/> Si	Relación: _____
Degeneración de la mácula..... <input type="checkbox"/> Si	Relación: _____
Diabetes..... <input type="checkbox"/> Si	Relación: _____
Presión alta..... <input type="checkbox"/> Si	Relación: _____
Colesterol alto..... <input type="checkbox"/> Si	Relación: _____
Ataque cerebral..... <input type="checkbox"/> Si	Relación: _____
Enfermedad del corazón..... <input type="checkbox"/> Si	Relación: _____
Tiroides..... <input type="checkbox"/> Si	Relación: _____
Cáncer..... <input type="checkbox"/> Si	Relación: _____

**Evaluación de necesidades visuales:**

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: \_\_\_\_\_

**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. Todas nuestras citas requieren un número de tarjeta de crédito para asegurar su cita. Los pacientes deben confirmar sus citas vía llamada, texto, o correo electrónico. Si no recibimos una confirmación 48 horas antes de la hora programada, **su cita será cancelada**. Una tarifa de **\$45** se aplicará por cada cita que sea confirmada con falla de asistencia. Tarjetas de crédito sólo serán cobradas en caso de una ausencia o si la cita es cancelada antes de 24 horas. **Certifico que entiendo que soy responsable de cualquier tarifa cobrada de acuerdo con esta póliza y le doy permiso a guardar mi información de tarjeta de crédito.**

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 del garantía de la oficina.**

Firma: \_\_\_\_\_

Con su consentimiento, la oficina está permitida obtener su historial de medicamentos, si está disponible, para conciliar sus medicamentos. Para optar por excluirse, por favor deja saber a alguien del personal.