



Children's Eye Physicians
Kids' vision is our mission

Historial Medico del Paciente

FECHA DEL EXAMEN: _____

NOMBRE DEL PACIENTE (primer, segundo, apellido): _____

APODO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____

CUAL ES LA RAZON DE LA VISITA DE HOY? _____

FUE REFERIDO(a) POR UN DOCTOR? NO SI, Dr. _____

EL PACIENTE ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO? NO SI- enliste los nombres:

NOMBRE DE LOS MEDICAMENTOS	TIPO DE REACCION (EJ: ronchas, comezon, calentura, etc.)

TIENE ALGUNA OTRA ALERGIA NO RELACIONADA A MEDICINAS? NO SI- enliste los nombres:

ALERGIA (ej: pollen, pelo de animal, latex, etc.)	TIPO DE REACCION (EJ: ronchas, comezon, dificultad al respirar, etc.)

EL PACIENTE ESTA USANDO MEDICAMENTOS NO OCULARES? NO SI- enliste los nombres:

NOMBRE/DOSIS DEL MEDICAMENTO	CADA CUANDO LO TOMA	RAZON POR LA CUAL LA TOMA	Dr. QUE LA RECETO

EL PACIENTE ESTA USANDO ALGUN MEDICAMENTO PARA LOS OJOS? NO SI- enliste los nombres:

NOMBRE/DOSIS DEL MEDICAMENTO	CADA CUANDO LO TOMA	RAZON POR LA CUAL LA TOMA	Dr. QUE LA RECETO

EL PACIENTE HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUN PROBLEMA MEDICO? NO SI- por favor enliste:

Si el paciente fue prematuro: Fecha calculada de parto: _____ Gestacion: _____ Peso al nacer: _____

EL PACIENTE HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUN PROBLEMA OCULAR? NO SI- por favor, enliste:

EL PACIENTE HA TENIDO CIRUGIAS OCULARES EN EL PASADO? NO SI- por favor, enliste:

PROCEDIMIENTO	FECHA DE CIRUGIA	NOMBRE DE EL LUGAR	CIRUJANO

EL PACIENTE HA TENIDO CIRUGIAS NO OCULARES EN EL PASADO? NO SI-por favor, enliste:

PROCEDIMIENTO	FECHA DE CIRUGIA	NOMBRE DE EL LUGAR	CIRUJANO

EL PACIENTE HA SIDO HOSPITALIZADO EN EL PASADO/RECIENTEMENTE? NO SI- por favor, enliste:

RAZON	FECHA DE ADMICION	NOMBRE DE EL HOSPITAL

EL PACIENTE HA TENIDO ALGUN TIPO DE RESONANCIA MAGNETICA (MRI, EEG, etc) NO SI-por favor enliste:

TIPO DE EXAMEN	RAZON DEL EXAMEN	FECHA DEL EXAMEN	NOMBRE DE EL LUGAR	RESULTADOS

EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS, EL PACIENTE HA TENIDO PROBLEMAS EN LAS SIGUIENTES AREAS?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SALUD EN GENERAL _____ | <input type="checkbox"/> GLANDULAS/HORMONAS _____ |
| <input type="checkbox"/> OIDOS/ NARIZ/ GARGANTA _____ | <input type="checkbox"/> NEUROLOGICOS _____ |
| <input type="checkbox"/> RESPIRATORIOS/PULMONES _____ | <input type="checkbox"/> CEREBRO/ MENTALES _____ |
| <input type="checkbox"/> CORAZON _____ | <input type="checkbox"/> HUESOS _____ |
| <input type="checkbox"/> DIGESTIVOS _____ | <input type="checkbox"/> SANGRE _____ |
| <input type="checkbox"/> FEMENINO/MASCULINO _____ | <input type="checkbox"/> ALERGIAS/IMMUNOLOGICO _____ |
| <input type="checkbox"/> PIEL _____ | <input type="checkbox"/> OTRO _____ |

HAY HISTORIA FAMILIAR DE PROBLEMAS OCULARES? NO SI-por favor, enliste:

Por favor, incluya el miembro de la familia y el problema ocular _____

EL PACIENTE VIVE CON: MAMA PAPA SOLO ESPOSO/A TUTORES LEGALES



PARA SU VISITA DE HOY:

Por favor revise cuidadosamente la siguiente forma

1. Ponga su firma y la fecha en la parte inferior de esta forma

Robert King MD, Diana DeSantis MD, Christopher Bardorf MD, Anna Steel MD, Adrienne Ruth MD, Justin Arbuckle MD

MEDICO VS. RUTINA: Como se cobrara su visita

Cómo se presentará el examen a su compañía de aseguranza va a depender no sólo de lo que usted le dice al médico, sino también lo que el médico encuentre en el examen. Recuerde que hay aseguranzas médicas que NO CUBREN los exámenes oculares de rutina. Asegurese de revisar su poliza para determinar su cobertura antes de su visita. Es su responsabilidad de verificar sus planes de aseguranza de rutina y /o medica si aceptan y la elegibilidad es verificada. Para propósitos de aseguranza, los exámenes de la vista se dividen en dos categorías:

EXAMEN OCULAR DE RUTINA Mi aseguranza de rutina es: VSP EYEMED OTRO NINGUNO

Estos son exámenes de rutina para personas que no tienen enfermedad en los ojos o síntomas de enfermedad. Sus ojos serán examinados para corrección necesaria (gafas o pupilentes) o cualquier indicador potencial de la enfermedad de los ojos. Si el doctor encuentra algo anormal durante su examen de la vista, puede ser que el doctor necesite verlo de nuevo en otra ocasión (o cita). En este caso, su aseguranza medica será facturada.

EXAMEN DE LA VISTA MEDICA Mi aseguranza medica es: _____ o ninguna

Este es un examen medicamente necesario para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de la vista realizada por un medico / cirujano. Este examen evalúa las razones de los síntomas y evalúa cualquier tratamiento necesario. Algunas condiciones evaluadas por médicos oculares incluyen cataratas, glaucoma, estrabismo, ambliopía, y muchas otras condiciones que potencialmente pueden ser amenazantes para la vista.

*****ADEMAS DE LA CUOTA DE EXAMEN, se le puede cobrar PARA UNA O DOS DE LO SIGUIENTE:**

REFRACCION: Hay un cobro de \$35 (\$30 si se paga en el momento de la visita) para esta prueba.

Se le pedirá que pague en el momento de su visita. **Este cobro se cobrara a usted aproximadamente una vez al año.** Como cortesía a nuestros pacientes, nosotros sometemos este cargo a las compañías de aseguranza. Si su plan de aseguranza cubre este beneficio, puntualmente le reembolsaremos este cargo a usted. Este es un cobro de rutina que todos los oftalmólogos, pediátrico y oficinas optometristas cobran.

*** Que es una refraccion?**

Una refracción es una medida tomada por un oftalmólogo para determinar si el paciente tiene miopía, hipermetropía, o astigmatismo. Un instrumento llamado retinoscopio es utilizado para realizar esta medición. Basándose en los resultados de refracción, el médico decide si o no recetar gafas. Una refracción puede realizarse con precisión en un paciente de cualquier edad, con o sin su opinión. Para la mayoría de los pacientes, una refracción es el componente crítico para el examen ocular.

EXAMEN SENSORIOMOTOR: Hay un cobro de \$121 que será facturado a su compañía de aseguranza (o un descuento de auto-pago puede ser realizado si usted está pagando en total en el momento de su visita).

***Que es un examen de sensoriomotor?**

Oftalmólogos pediátricos están expertamente entrenados en el diagnóstico, tratamiento y manejo de estrabismo (desalineación de los ojos). El examen de sensoriomotor es realizado en pacientes donde se considera extensamente necesario, y documentados. Esta evaluación de la alineación de los ojos es algo más que una mirada superficial y se realiza cuando el médico considera que es necesario para ayudar en el tratamiento de usted o su hijo(a).

He leído la información y entiendo que soy responsable de todos los costos asociados con los servicios proporcionados que pueden o no pueden ser beneficios cubiertos.

Firma del Paciente / Padre / Madre / Tutor Legal: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____