



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. _____

ES EL PACIENTE 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.) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

ESTA EL PACIENTE 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 |
|------------------------------|---------------------|---------------------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ESTA EL PACIENTE 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 |
|------------------------------|---------------------|---------------------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

NOMBRE DEL PACIENTE (primer, segundo, apellido): _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____

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

A TENIDO EL PACIENTE CIRUGIAS OCULARES EN EL PASADO?

NO

SI- por favor, enliste:

| PROCEDIMIENTO | FECHA DE CIRUGIA | NOMBRE DE EL LUGAR | CIRUJANO |
|---------------|------------------|--------------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

A TENIDO EL PACIENTE CIRUGIAS NO OCULARES EN EL PASADO?

NO SI-por favor, enliste:

| PROCEDIMIENTO | FECHA DE CIRUGIA | NOMBRE DE EL LUGAR | CIRUJANO |
|---------------|------------------|--------------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

A SIDO EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL PASADO/RECIENTEMENTE?

NO

SI- por favor, enliste:

| RAZON | FECHA DE ADMICION | NOMBRE DE EL HOSPITAL |
|-------|-------------------|-----------------------|
| | | |
| | | |

A TENIDO EL PACIENTE 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, A TENIDO EL PACIENTE PROBLEMAS EN LAS SIGUIENTES AREAS?

SALUD EN GENERAL _____

GLANDULAS/HORMONAS _____

OIDOS/ NARIZ/ GARGANTA _____

NEUROLOGICOS _____

RESPIRATORIOS/PULMONES _____

CEREBRO/ MENTALES _____

CORAZON _____

HUESOS _____

DIGESTIVOS _____

SANGRE _____

FEMENINO/MASCULINO _____

ALERGIAS/IMMUNOLOGICO _____

PIEL _____

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

ESOSO/A

TUTORES LEGALES



Colorado Family Eye Center
Stapleton

Amanda K. Huston, OD
Pediatric & Family Optometry

2373 Central Park Blvd., Suite 102
Denver, CO 80238
Phone: 303-597-1640 | Fax: 303-597-1641

AUTORIZACION PARA DESCARGAR INFORMACION MEDICA –FORMA CORTA

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DESCRIPCION DE LA INFORMACION REQUERIDA (ej: historial medico): _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO PIDE: _____ RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA: _____ FECHA DE HOY: _____

**USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
FOR OFFICE USE ONLY:**

_____ REQUEST ACCEPTED. DATE INFORMATION GIVEN/SENT: _____

_____ REQUEST DENIED. REASON: _____

ACCEPTED/DENIED BY: _____ TITLE: _____

SIGNATURE: _____ DATE: _____



olorado Family Eye Center
Stapleton

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

Jean DeMoss OD

Amanda Huston OD

Jessie Dinkel OD

Holly Anderson, OD

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, pero lo que el médico encuentra 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 se aceptan y elegibilidad es verificada. Para propósitos de la aseguranza, exámenes de la vista se dividen en dos categorías:

EXAMEN OCULAR DE RUTINA Mi aseguranza de rutina es: VSP EYEMED Spectera 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 indicadores potenciales de la enfermedad de los ojos. Si el doctor encuentra algo abnormal durante su examen de la vista, puede ser que el doctor necesite ver lo de nuevo en otra ocasión (o cita). En este caso, su aseguranza medica sera facturada.

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

Este es un examen medicamento necesario para el diagnostico y tratamiento de enfermedades y condiciones de la vista realizada por un medico / cirujano. Este examen evalua las razones de las síntomas y evalua cualquier tratamiento necesario. Algunas condiciones evaluadas por medicos oculares incluyen cataras, glaucoma, estrabismo, ambliopia, y muchas otras condiciones que potencialmente pueden ser mortales para la vista.

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

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

Se le pedira que pague en el momento de su visita. **Este cargo se cobrara a usted aproximadamente una vez al año.** Como cortesía para 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 oftalmologos, pediatrico y oficinas optometristas cobran.

*** Que es una refraccion?**

Una refraccion es una medida tomada por un oftalmologo para determinar si el paciente tiene miopia, hipermetropia, o astigmatismo. Un instrumento llamado retinoscopio es utilizado para realizar esta medicion. Basandose en los resultados de refraccion, el medico decide si o no prescribir gafas. Una refraccion puede realizarse con precision en un paciente de cualquier edad, con o sin su opinion. Para la mayoría de los pacientes, una refraccion es el componente critico para el examen ocular.

He leído la informacion 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 de Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____