

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

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____ FECHA DEL EXAMEN: _____

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:

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 EXA-	NOMBRE DE EL LUGAR	RESULTADOS

EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS, A TENIDO EL PACIENTE PROBLEMAS EN LAS SIGUIENETES 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 _____

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, 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 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 las 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 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 pedirá que pague en el momento de su visita. **Este cargo se cobrará 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 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 prescribir 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 \$121.00 que será fracturado 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, medidas y son 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 de Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____



AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA –FORMA CORTA

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DESCRIPCION DE LA INFORMACION REQUERIDA (ej: historial medico, receta de lentes): _____

MANDE LA INFORMACION A (incluya el nombre y domicilio): _____

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: _____