

# SOUTHWEST EYE INSTITUTE

## Información de Paciente Nuevo

### Información Personal

Por favor use Letra de Molde



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de Nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ F/M \_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

PO Box (si es aplicable) \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Estado Civil Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

Idioma:  Ingles  Español  Otro \_\_\_\_\_

Nom. de Esposo/a \_\_\_\_\_ Lugar de Empleo \_\_\_\_\_

Esposo/a fecha de Nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Grupo étnico:  Nativo Americano  Asiatico  Afroamericano  Nativo/Hawaiano  Latino/Hispano  Se nego a especificar

### Complete si tiene 18 anos de edad o es estudiante



Nom de Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nom. de Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Farmacia



Nom. de Farmacia \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

### Medico



Medico Primario \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

### Información de referencia



Referido por: Amigo/Pariente \_\_\_\_\_ Nombre Doctor \_\_\_\_\_ Nombre

Otro \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia



A quien notificamos en caso de emergencia (pariente más cercano o amigo)?

Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Autorización para Entregar Información Confidencial: Al firmar esta forma, autorizo al consultorio de Southwest Eye Institute la entrega de información y expedientes acerca de mi condición/asuntos médicos así como tratamiento(s) médico(s) y quirúrgico(s) a mis otros proveedores de salud, así como a mi(s) aseguradora(s), incluyendo cualesquier proveedor de cuidado de salud a futuro potencial, sin importar si yo haya o no establecido una relación con este.

Autorización para Fotografía: Como parte de mis exámenes hoy y en el futuro, comprendo que se me podrán tomar fotos para propósitos de: diagramas médicos, diagnóstico, verificación de seguros, educación y/o investigación. Al firmar esta forma, otorgo al consultorio de Southwest Eye Institute y a su personal permiso para tomar fotografías para los propósitos enlistados arriba hoy y durante visitas futuras.

Información Acerca de Gotas Dilatantes para ojos: Las gotas dilatantes se emplean para alargar las pupilas del ojo para permitir que su doctor obtenga una mejor visión del interior de su ojo. Las gotas dilatadoras con frecuencia hacen borrosa la visión por determinado periodo de tiempo, el cual varía de persona a persona y que podría tornar molestas las luces brillantes. No es posible predecir por cuánto tiempo su vista tendrá tal afectación. Dado que conducir podría resultar difícil después, se le recomienda que usted no conduzca en las 24 horas posteriores a su examen hoy. Usted también deberá de tener cuidado al caminar, toda vez que podría ser más complicado ver o evaluar daños potenciales. Las reacciones adversas, tales como glaucoma de cierre de ángulo agudo, se podrían suscitar por las gotas dilatadoras. Esto es raro y usualmente es tratable con atención médica inmediata. Firmando esta forma, yo por la presente autorizo a los doctores y/o asistentes a administrar gotas oculares dilatadoras. Las gotas oculares podrían ser necesarias para diagnosticar su condición.

Notificación Acerca de Cuotas de Refracción: Comprendo que el pago de la porción de refracción (prescripción de lentes) de un examen ocular completo usualmente no está cubierto por los seguros médicos, y que es mi responsabilidad. El cargo usual por este servicio es de \$45.00. Al firmar al calce, reconozco que yo podría ser responsable por los cargos relativos a la refracción.

Asignación y Acuerdo Financiero: Por favor, recuerde que el seguro medico se considera un método de reembolso para el paciente por cuotas pagadas al doctor, y no es un sustituto de pago. Algunas compañías pagan cantidades fijas por determinados exámenes y procedimiento, en tanto que otras pagan un porcentaje del cargo. Es responsabilidad de usted pagar cualquier cantidad deducible, co-seguro, o cual quier otro balance no pagado en su nombre por su seguro. Para poder controlar el costo de las facturas, solicitamos que sus cargos por visitas al consultorio así como procedimientos sean pagados anteriormente a cada visita y/o procedimiento. Por favor, note que los cheques no aceptados causarían una cuota de \$25. Las cuentas sin pagar podrán ser transferidas a una agencia de cobro.

Al firmar esta forma, solicito que el pago de Medicare y/o beneficios de seguros autorizados se hagan a Southwest Eye Institute a mi nombre por concepto de cualesquier servicios que se me proporcionen. Autorizo a cualquier entidad poseedora de información médica acerca de mí a proporcionar a la Administración Financiera de Cuidado de la Salud (Health Care Financing Administration), sus agentes, o cualquier aseguradora que yo pueda tener, cualquier información requerida para determinar estos beneficios o los beneficios pagables por servicios relacionados. Esta asignación quedará en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia o imagen rastreada/escaneada de esta asignación se considera tan válida como una original. Comprendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, sean o no pagados por dicho seguro. Por medio de la presente autorizo a tal asignado para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago. Además, mi firma en esta forma reconoce que he leído una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (Privacy Practices Notice) de Southwest Eye Institute.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián Legal

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre (Imprenta)

\_\_\_\_\_  
Parentesco o Relación de Firmante con Paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Motivo de su visita? \_\_\_\_\_

Cual es su problema de salud?	Medicinas que toma

**Si la respuesta es "Si" explique :**

<b>1. Es alergico (a) a alguna medicina?</b>	Si No	
<b>2. Físico</b> (fiebre, pérdida de peso, etc.)	Si No	
<b>3. Ojos</b> (glaucoma, cataratas, problemas de retina, vista cansada, otros)	Si No	
<b>4. Oídos/Nariz/Garganta</b> (perdida del oído, sinusitis, dolor de garganta)	Si No	
<b>5. Cardiovascular</b> (problemas del corazón, dolor de pecho, palpitaciones)	Si No	
<b>6. Problemas Respiratorios</b> (asma, falta de respiración, toz, etc.)	Si No	
<b>7. Gastrointestinal</b> (agruras, dolor abdominal, diarrea, vomito, etc.)	Si No	
<b>8. Genitourinario</b> (problemas para orinar, sangre en la orina, etc.)	Si No	
<b>9. Piel</b> (ardor en la piel, resequedad excesiva)	Si No	
<b>10. Musculos/Huesos</b> (dolor muscular, dolor o inflamación en coyunturas)	Si No	
<b>11. Neurológico</b> ( adormecimiento, debilidad, Dolores de cabeza, parálisis)	Si No	
<b>12. Hematológico/Linfático</b> (desorden en la sangre, leukemia)	Si No	
<b>13. Alergias/ Immunológico</b> (fiebre de heno, alergias al clima)	Si No	
<b>14. Endocrino</b> (problemas con la tiroide)	Si No	
<b>15. Psiquiátrico</b> (depression, ansiedad)	Si No	

Alguna enfermedad en la familia medica o de los ojos? Si es asi, cual es?

Glaucoma    Desprendimiento retinal    Degeneracion Macular    Diabetes    Alta Presion  
Otra (por favor especifique): \_\_\_\_\_

Usted fuma?    \_\_\_\_ SI    \_\_\_\_ NO (si contesta "SI" que tanto? \_\_\_\_\_)

Toma Alcohol?    \_\_\_\_ SI    \_\_\_\_ NO (si contesta "SI" que tanto? \_\_\_\_\_)

Usa drogas?    \_\_\_\_ SI    \_\_\_\_ NO (si contesta "SI" que tanto? \_\_\_\_\_)

Cuales son sus pasatiempos favoritos? \_\_\_\_\_