

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____
 DIRECCIÓN: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
 OCUPACIÓN: _____
 TELÉFONO CELULAR #: _____ - _____
 TELÉFONO (OTRO): _____ - _____
 EMAIL _____ .COM

MOTIVO DE LA VISITA: (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

- EXAMEN DE SALUD OCULAR EXAMEN PARA GAFAS
- EXAMEN MÉDICO DE EMERGENCIA EXAMEN PARA LENTES DE CONTACTO
- CONTROL DE LA VISIÓN DE LA MIOPIA CONSULTA LASIK
- OTRO _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO DE MEDICO _____
 NOMBRE DEL SUSCRIPTOR _____
 ID DE SUSCRIPTOR# _____
 SSN DEL SUSCRIPTOR# _____ - _____ - _____
 CUMPLEAÑOS DEL SUSCRIPTOR ____/____/____
 SEGURO DE LA VISTA _____
 NOMBRE DEL SUSCRIPTOR _____
 ID DE SUSCRIPTOR# _____
 SSN DEL SUSCRIPTOR# _____ - _____ - _____
 CUMPLEAÑOS DEL SUSCRIPTOR ____/____/____

LOS PACIENTES SON RESPONSABLES DE ENTENDER SUS COBERTURAS.

****0% DE FINANCIAMIENTO EN TODOS LOS PEDIDOS \$250+ CON CARECREDIT TARJETA****

ANTECEDENTES OCULARES DEL PACIENTE

ÚLTIMO EXAMEN DE LA VISTA: _____

DOCTOR: _____

¿USAS GAFAS? Sí NO

- TODO EL RATO
- SOLO LECTURA
- SOLO DISTANCIA

¿USAS LENTES DE CONTACTO? Sí NO

¿MARCA? _____

- REEMPLAZADO DIARIAMENTE
- 1-2 SEMANAS
 - MENSUAL
 - DURO

- CONSULTA AQUÍ SI ESTÁS INTERESADO EN ALTERNATIVAS DE LASIK PARA TODAS LAS EDADES.

¿ESTÁ EXPERIMENTANDO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS ACTUALMENTE?

- VISIÓN BORROSA (DE LEJOS, DE COMPUTADORA O DE CERCA)
- DOLOR DE CABEZA (DIARIOS, SEMANALES, OTROS)
- OJOS ROJOS (COMENZÓ ____ DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)
- QUEMADURA (COMENZÓ ____ DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)
- PICAZÓN (COMENZÓ ____ DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)
- LAGRIMEO (COMENZÓ ____ DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)
- ALTA (COMENZÓ ____ DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)
- VISIÓN DOBLE (COMENZÓ ____ DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)
- DESTELLOS DE LUZ (COMENZÓ ____ DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)
- VER MANCHAS (COMENZÓ ____ DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)
- SENSIBILIDAD A LA LUZ (COMENZÓ ____ DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)
- PROBLEMAS NOCTURNOS (COMENZÓ ____ DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)
- CEGUERA TOTAL (COMENZÓ ____ DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS)
- OTRO _____

¿ALGUNA VEZ TE HAN DIAGNOSTICADO O TRATADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

- GLAUCOMA
- CATARATAS
- DEGENERACIÓN MACULAR
- PROBLEMAS OCULARES DIABÉTICOS
- LESIÓN OCULAR
- DESPRENDIMIENTO DE RETINA
- CEGUERA
- GIRO DE LOS OJOS/ESTRABISMO
- OJO VAGO/AMBLIOPIA
- OJO SECO
- CIRUGÍA OCULAR PARA:

CUESTIONARIO DE OJO SECO

	SIEMPRE	USUALMENTE	A VECES	RARAMENTE	NUNCA
SENSIBILIDAD A LAS LUCES	4	3	2	1	0
SENSACIÓN ARENOSA/ARENOSA	4	3	2	1	0
DOLOR/MOLESTIA	4	3	2	1	0
VISIÓN BORROSA	4	3	2	1	0
MUCOSIDAD/OJOS CON COSTRAS	4	3	2	1	0

ACTIVIDADES PARA EL OJO SECO

¿QUÉ ACTIVIDADES SE VEN AFECTADAS POR SU OJO SECO?

- NO PUEDE LEER DURANTE LARGOS PERÍODOS DE TIEMPO
- LA VISIÓN FLUCTÚA MIENTRAS SE LEE/COMPUTADORA
- LOS OJOS ESTÁN LLOROSOS/PICAN CUANDO ESTÁN AL AIRE LIBRE
- LOS OJOS SE SIENTEN PESADOS EN LA COMPUTADORA
- FROTARSE CONSTANTEMENTE LOS OJOS
- LOS OJOS ESTÁN ENROJECIDOS DESPUÉS DE USAR LA COMPUTADORA
- LOS OJOS SON DIFÍCILES DE ABRIR POR LA MAÑANA
- LOS LENTES DE CONTACTO ESTÁN SECOS O NO SE PUEDEN USAR

CONTINUAR →

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA _____ NOMBRE DE LA FARMACIA: _____
 TELÉFONO # _____ TELÉFONO # _____

ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO _____

ENFERMEDAD – MARQUE TODO LO QUE SE APLICA	MEDICAMENTOS: ¿ PUEDE GREENLAKE EYE CARE ACCEDER A SUS MEDICAMENTOS DESDE UNA BASE DE DATOS DE FARMACIAS EN LÍNEA → (MARQUE UNO) SI----NO?
<input type="checkbox"/> DIABETES (PRE--TIPO 1--TIPO 2)	
<input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL ALTA	
<input type="checkbox"/> COLESTEROL ALTO	
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CARDÍACA	
<input type="checkbox"/> GOLPE	
<input type="checkbox"/> CÁNCER – (POR FAVOR, ESPECIFIQUE)	
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LA TIROIDES	
<input type="checkbox"/> ASMA	
<input type="checkbox"/> EPOC/TRASTORNOS RESPIRATORIOS	
<input type="checkbox"/> ARTRITIS REUMATOIDE	
<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN	
<input type="checkbox"/> ANSIEDAD	
<input type="checkbox"/> TRASTORNO DÉFICIT DE ATENCIÓN	
<input type="checkbox"/> AUTISMO	
<input type="checkbox"/> LUPUS	
<input type="checkbox"/> OTRO:	
<input type="checkbox"/> OTRO:	
<input type="checkbox"/> OTRO:	
<input type="checkbox"/> ACTUALMENTE EMBARAZADA: SÍ/NO	

SIN ANTECEDENTES MÉDICOS SIGNIFICATIVOS

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES?
ENUMERE A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA AFECTADOS.

	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA
DEGENERACIÓN MACULAR				
CEGUERA				
GLAUCOMA				
GIRO DE OJOS/ESTRABISMO				
OJO VAGO/AMBLIOPÍA				
DEGENERACIÓN MIOPE (MIOPIA ALTA)				
CÁNCER				
DIABETES				
PRESIÓN ARTERIAL ALTA				
ENFERMEDAD CARDÍACA				

SIN ANTECEDENTES FAMILIARES NOTABLES

COLIRIOS	ALERGIAS A MEDICAMENTOS	HISTORIA SOCIAL
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ <input type="checkbox"/> NO USO GOTAS PARA LOS OJOS	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ <input type="checkbox"/> NO SE CONOCEN ALERGIAS A MEDICAMENTOS	BEBIDAS ALCOHÓLICAS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> RARAMENTE <input type="checkbox"/> SOCIALMENTE <input type="checkbox"/> DIARIO TABAQUISMO <input type="checkbox"/> NINGUNO: SIN ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> NINGUNO – FUMADOR ANTERIOR <input type="checkbox"/> 1 PAQUETE/DÍA <input type="checkbox"/> 2+ PAQUETES/DÍA

HIPAA Privacy Act

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica protegida. Estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso en cualquier momento y de hacer que la nueva disposición de aviso sea efectiva para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si hacemos una revisión material al término de nuestro aviso, usted recibirá un aviso revisado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al 561.220.6272
Soy consciente de las prácticas de privacidad de Aronson Optometry, PA DBA GreenLake Eyecare.

Iniciales

Asignación de seguros y responsabilidad del paciente

Certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de seguro con las compañías anteriores y asigno directamente a Aronson Optometry, PA DBA Greenlake Eyecare todos los beneficios del seguro, si los hubiera, de lo contrario pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que mi contrato de seguro es entre yo y mi seguro, no Aronson Optometry, PA dba Greenlake Eyecare y soy responsable de todos los cargos, ya sea pagados o no por mi seguro. Si mi seguro no ha reembolsado esta oficina en su totalidad dentro de los 90 días, se me facturará el saldo pendiente. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de atención médica y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Los planes de visión generalmente no pagan por ninguna prueba o tratamiento médico. Por lo tanto, el paciente será responsable de cualquier cargo por examen médico. Todos los copagos de los pacientes se explicarán antes de la prueba y se recogerán el día del examen. Si su seguro paga, le reembolsaremos ese dinero.

Los seguros médicos/de Medicare no pagan por exámenes de la vista o refracciones (para determinar la prescripción de anteojos). Si es necesaria o solicitada una refracción durante el examen, el cargo por refracción es de \$45.

Iniciales

Consentimiento para la dilatación

Un examen ocular con dilatación es la parte del examen ocular que evalúa las estructuras y la anatomía dentro del ojo para detectar afecciones como *glaucoma, cataratas, degeneración macular, enfermedad ocular diabética y desprendimientos de retina*. Esto se logra utilizando una serie de gotas para los ojos. Los efectos secundarios comunes incluyen visión borrosa, sensibilidad a la luz y enrojecimiento y pueden durar varias horas.

- SÍ**- Entiendo el propósito de la dilatación y estoy de acuerdo en que se realice.
- NO**- Entiendo el propósito de la dilatación, pero elijo no dilatarse (puede regresar para otra cita) La ley de *Florida requiere un examen ocular con dilatación en la visita inicial a menos que el paciente lo rechace. Si se rechaza, Pt libera a Greenlake Eyecare de cualquier responsabilidad por posibles trastornos oculares que pueden pasar desapercibidos sin examen. **Por favor, COMPRUEBE NO si actualmente está (o podría estar) embarazada***

A partir del 1 de Enero de 2022, se requerirá que los pacientes con ALL tengan una fotografía de retina para evaluar y monitorear las principales estructuras del ojo. Esta prueba tiene un **copago de \$30**. Esta prueba no está cubierta por el seguro y es **obligatoria** para todos los exámenes de la vista.

Desafortunadamente, no habrá excepciones.

Iniciales

Reconocimiento de prescripción

Entiendo que mi receta para anteojos y / o lentes de contacto siempre estará disponible al finalizar a través del Portal del Paciente seguro que se encuentra en el sitio web de la compañía. También se puede solicitar una copia impresa.

Iniciales

Entiendo todos los procedimientos y políticas de GreenLake Eyecare.

Firma

Nombre(s) del paciente(s)