

Fromer Eye Centers

FORMA DE REGISTRO

Fecha: _____

Apellido _____ Nombre _____ MI _____
Sr. _____ Sra. _____ Srta. _____ Dr. _____ Raza: [] Afroamericanos [] Asiáticos [] Caucasian
Hombre _____ Mujer _____ [] Hispanic [] Native American [] Other _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Grupo Etnico: _____
Lenguaje Primario: _____

No. de Seguro Social _____ E-Mail _____
Nombre de Farmacia: _____

Direccion _____ Direccion de Farmacia: _____

No. de Apartamento _____ Numero de Farmacia: _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ ¿Cómo prefiere recibir sus recordatorios de salud? Por Teléfono Email

Telefono Primario _____ Telefono Secundario _____

Occupacion/Empleador _____ Telefono del Empleado _____

Medico Primario (PCP) (REQUIRED) _____

Direccion del Medico _____ Telefono del Medico _____

Medico que te Referido: _____
Nombre Apellido Direccion y Numero de Telefono

En caso de Emergencia _____
Nombre de Relacion con el Paciente

Telefono Primario _____ Telefono Secundario _____

Tutor Legal: _____

La informacion provista arriba es verdad a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a que los beneficios del seguro sean pagados directamente al doctor. Yo entiendo que soy responsable financieramente de cualquier balance. Yo autorizo a Fromer Eye Centers o al seguro a que den informacion medica si es requerida para el proceso de este cobro. Pago es requerido en el momento de su visita o al menos que nosotros participemos en su plan medico. Co-pago es equerido el mismo dia de su vista. * Yo he recibido el aviso de Practicas Privadas y he tenido la oportunidad de examinarlo y puedo llevar una copia para mis archives si creo que es necesario.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: _____ Today's Date _____
 Raza/Etnicidad Hispano o Latino Blanco Negro o africano Americano Indio americano asiático
Hawaiano o native de otras islas pacifico Otro : _____
 ¿A quien le podemos agradecer por haberlos referido? (¿Si nadie los refirió, como supo sobre nosotros?)
 Nombre: _____ Direccion: _____
 La razon por la cual su hijo (a) esta siendo examinado es: _____
 El ultimo examen ocular fue: _____ Donde: _____

Su hijo (o) tiene alguno de los siguientes:		Explique	
El ojo se le vira hacia adentro/afuera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Entrecierra los ojos mucho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Se frota los ojos excesivamente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Le arden, pican, se le ponen rojos, o le lagrimean los ojos o tiene secreciones oculares	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Inclina la cabeza o voltea la cara	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Padece de dolores de cabeza frecuentemente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Dolor de ojo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Excesiva sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Ha tenido alguna lesion o cirugia del ojo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Padece de ojo vago o ambliopia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Nombre del pediatra de su hijo(a)	Fecha del ultimo examen medico: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Su hijo esta al dia con sus vacunas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Escriba todos los medicamentos que su hijo toma con regularidad:			
¿Tiene su hijo alergias a alguna comida o medicamento?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Historial de desarrollo y nacimiento

¿Cuanto duro el embarazo? _____ meses _____ Peso al nacer _____ lbs _____ Ons _____
 ¿Hubo alguna complicacion durante el embarazo? Si No Explique: _____
 ¿Utilizo drogas o alcohol durante su embarazo? Si No Explique _____
 ¿Hubo alguna complicacion durante el parto? Si No Explique: _____
 La edad en la cual el niño/la niña primero: Se sento _____ Gateo _____ Camino _____ Hablo _____

Academic History

¿En que grado esta?	¿Su hijo esta en alguna clase especial?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo esta bajo el nivel del grado en lectura?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Ha sometido a su hijo a algunos de los siguientes tratamientos o pruebas:	vea abajo	
Educacional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Neurologico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Psicologico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ocupacional <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Logopedia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fisico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Medication History/System Review	Si	No	Explique:
Problemas cardiovasculares (alta presión sanguínea, otro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de respiración (Asma, se le corta la respiración, otro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas endocrinos (Diabetes, tiroides, problemas de crecimiento, otro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de la piel (erupciones, resequeadad del piel excesiva, otro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas neurologicos (Fiebre alta, ataques repentinos, otro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas psiquiatricos o sociales (Cualquier problema de compartamiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Afecciones sanguíneas (Desorden sanguíneo, anemia, otro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ciugias Previas/hospitalización previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Historial Familiar

Alguien en la familia tiene algunos de los siguientes:	Quien	Explique
Ambliopia/ojo vago	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ojo bizco/estrabismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Miopia/hiperopiacuando era niño	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Defecto de vision de color	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cataratas antes de los 40 años de edad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ceguera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Consentimiento para obtener su historial de medicamentos

Nuestra oficina médica ha adoptado un sistema electrónico para mejorar la calidad de nuestros servicios. Este sistema también nos ayuda a reunir y repasar su “historial de medicamentos.” Un historial de medicamentos es una lista de medicamentos que le hayamos recetado nosotros o sus doctores, recientemente. Esta información es reunida por una variedad de fuentes, incluyendo su farmacia y su seguro medico.

Un historial de medicamentos exacto es muy importante, para ayudarnos a proveerle el mejor tratamiento y evitar una interacción de fármacos, potencialmente peligrosa. También es importante que usted y su doctor hablen sobre todos sus medicamentos para asegurar que el historial de medicamentos sea un 100% exacto.

Este historial de medicamentos es una guía útil, pero puede que no sea completamente exacto. Algunas farmacias no hacen su historial de fármacos disponible para nosotros, y el historial de medicinas de su plan de seguro pueda que no incluya fármacos que haya comprado sin su seguro medico. Su historial de medicamentos pueda que no incluya medicamentos que se compran sin receta, suplementos, y remedios herbales. Aun así es muy importante que nosotros tomemos un tiempo para discutir todos los medicamentos que usted está tomando, y que usted nos señale cualquier error que puede haber en su historial de medicamentos.

En firmar este consentimiento, usted nos permite acceder al historial de medicamentos seleccionado. Nos autoriza reunir, y darle permiso a su farmacia y a su plan de seguro, para que nos revele información sobre sus recetas medicas que se le han dispensado en cualquier farmacia o hayan sido cubiertos por cualquier plan de seguro medico.

Usted puede decidir no darnos acceso a su historial de medicamentos poniendo una cruz en la casilla que indica que no nos consiente acceso a su historial de medicamentos. En elegir esta opción usted también acuerda a que no le podemos proveer recetas electrónicas.

Este consentimiento permanecerá en efecto hasta el día que usted decida revocarlo. Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento, por escrito, y no tomara efecto sobre ninguna acción tomada antes de recibir la revocación.

Consiento a que mi doctor, acceda a mi historial de medicamentos.

NO CONSEINTO a que mi doctor acceda mi historial de medicamentos.

_____	Nombre del paciente	_____	Fecha de nacimiento
_____	Firma del paciente o guardián	_____	Fecha de hoy
_____	Relación al paciente		