

# Optometric Vision Center of Claremont

## FORMA DE REGISTRO

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Género:  M  F Casada/o Soltera/o: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_  
Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Doctor de referencia: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Facilidad de oficio:  Si  No Hospicio:  Si  No  
Domicilio de Facilidad: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL SEGURO

Primera Compañía de seguro:  Si  No  
Nombre del seguro principal: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Persona responsable: \_\_\_\_\_ SSI: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Segunda Compañía de Seguro:  Si  No  
Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Persona responsable: \_\_\_\_\_ SSI: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona responsable (si es diferente al paciente)  
Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ALTO FAVOR DE PARAR EN LA RECEPCION ANTES DE SALIR DE NUESTRA OFICINA.** Los pagos para los servicios hechos se deben de pagar el mismo día de servicio. Como parte de nuestros servicios presentaremos sus demandas de seguro. El seguro/las medidas financieras se deben consultar con nuestra recepcionista antes de inyecciones, láser o de cirugías.

**LANZAMIENTO DE LA INFORMACION Y ASIGNACION DE LA DECLARACION DE LAS VENTAJAS.** Autorizo por este medio el lanzamiento de cualquier información medica necesaria procesar mi demanda de seguro y también ASIGNAR al DOCTOR todos los pagos de seguro de enfermedad y/o abastecedores del seguro para los servicios hechos. Entiendo y consejo las condiciones antedichas.

**ENFERMEDAD y/o otros abastecedores del seguro para los servicios hechos. Entiendo y convengo las condiciones antedichas. LAS DERECHAS Y AUTORIZACION DE AISLAMIENTO DE HIPPA PARA EL ACCESO O LA INFORMACION PROTEGIDA DE LA SALUD:** He leído las derechas de HIPPA y las declaraciones de la autorización y doy mi consentimiento para el acceso de mis informes médicos relacionados con el tratamiento  
FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

## Cuestionario De Nuevo Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

### **Cuestionario de Historia Médica – Examen de los Sistemas**

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de último examen Ocular: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alergias a algún medicamento?  Si  No

Si, Si nombre del medicamento y reacciones: \_\_\_\_\_

Por favor, liste todas las enfermedades principales, (glaucoma, diabetes, alta presión, cáncer, ataque al Corazón, lesiones etc.):

Liste cualquier cirugía que haiga tenido: (catarata, tonsilectomia, apendectomía, etc.): \_\_\_\_\_

Si usted alguna vez ha sido hospitalizado:  Si  No Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Razon: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### **Tiene en la actualidad problemas en las siguientes aéreas?**

<u>Proporcione Información</u>	SI	NO	
<b><u>RESPIRATORIO</u></b> Congestión, resollar, falta de respiración, tos, tos con sangre, asma etc.			
<b><u>GENERAL / CONSTITUTIONAL</u></b> Fiebre, golpe de sol, pérdida de peso, aumento de peso, cansancio, etc.)			
<b><u>OIDO, NARIZ, GARGANTA</u></b> Dificultad al oír, nariz congestionada, dolor de oído, tos, boca seca, etc.			
<b><u>CARDIOVASCULAR</u></b> Alta presión, pulso rápido, dolor de pecho, intolerancia al ejercicio, etc.			

<b><u>GENETAL, RINON, VEJIGA</u></b> Dolor al orinar, orinar frecuente, ardor al orinar, impotencia, incontinencia, infección			
<b><u>MUSCULOS, HUESIS, ARTICULACION</u></b> Dolor muscular, calambres musculares, dolor inflamación articular			
<b><u>CUTIS</u></b> Comezón, sarpullido, infección, ulcera, tumores crecimientos, verrugas, resequedad			
<b><u>NEUROLOGICO</u></b> Entumecimiento, debilidad, dolor de cabeza, parálisis, ataque etc.			
<b><u>PSYCHIATRICO</u></b> Depresión, ansiedad, humor, insomnio, alucinaciones, desorientación etc.			
<b><u>ENDOCRINO</u></b> Diabetes, problemas de tiroides, fatiga, caída de cabello, intolerancia a frio/calor etc.			
<b><u>SANGRE / LIMFATICOS</u></b> Colesterol en la sangre, anemia, leucemia, sangrado prolongado			
<b>HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD OCULAR?      SI / NO</b>			
<input type="checkbox"/> GLAUCOMA <input type="checkbox"/> CATARATA <input type="checkbox"/> DESPRENDIMIENTO DE RETINA <input type="checkbox"/> DEGENERACION MACULAR <input type="checkbox"/> DISTROFIA MACUALR <input type="checkbox"/> RETINITIS PIGMENTOSA <input type="checkbox"/> DEGENERACION RETINAL			
<b>HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD SISTEMICA?      SI / NO</b>			
<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENSION <input type="checkbox"/> CANCER <input type="checkbox"/> ARTRITIS <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CARDIACA <input type="checkbox"/> OTRO: _____			
<b><u>HISTORIA SOCIAL?</u>      _____ CONSUME ALCOHOL    _____ DROGAS ILICITAS</b>			
<input type="checkbox"/> FUMA- SI, SI CUANTOS PAQUETES AL DIA?    _____ CUANTOS ANOS FUMANDO    _____			

FORMA COMPLETADA POR     Paciente     Familiar     Técnico

FIRMA DE TECNICO: \_\_\_\_\_

FIRMA DE MEDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Optometric Vision Center of Claremont

## Reconocimiento De Seguros

Reconozco que si mi seguro no cubre los servicios dados ami, seré responsable de cualquier equilibrio. Entiendo que es mi responsabilidad de notificar a Optométrica Visión Center of Claremont de cualquier cambio de mi seguro. Si no nos notifica de los cambios seguros, usted será responsable de los servicios realizados y recibirá una factura en el correo. Entiendo que cualquier saldo de la cuenta es mi responsabilidad pagar en su totalidad.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si usted tiene algunas otras preguntas por favor siéntase libre de preguntar a la recepcionista. Tambien puede contactar a nuestro departamento de facturacion al (909) 621-0057.

Gracias,

Dr. Anna M. Torres