

**INFORMACION DEL NUEVO PACIENTE
NEW PATIENT INFORMATION**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____
Name: _____ Date of Birth: _____

Direccion: _____
Address: _____

Ciudad: _____ Codigo postal: _____
City: _____ Zip: _____

Telefono de su casa: _____ Telefono de su trabajo: _____
Home Phone: (____) _____ Work Phone: _____

Lugar de trabajo: _____ Ocupacion: _____
Employer: _____ Occupation: _____

Correo electronico: _____ Numero de Celular: _____
E-Mail Address: _____ Cell Phone: _____

Fecha de su ultimo examen de los ojos: _____
Date of last eye exam: _____

Etnicidad: (Opcional)

Ethnicity: (optional)

Nativo Americano(a)(Indio) Negro (No hispano(a)) Hispano(a) Asiatico(a) Anglosajon:
Native American (Indian) _____ Black (not of Hispanic) _____ Hispanic _____ Asian _____ White _____

**Miembros de su familia que son pacientes en nuestra oficina
Family members who are patients of our office**

Nombre: _____ **Relacion:** _____
Name: _____ Relationship: _____

Name: _____ Relationship: _____

Name: _____ Relationship: _____

A quien le agradeceremos por haberlo(a) referido a nuestra oficina:
Whom may we thank for referring you: _____

**Informacion general
General Information**

Porfavor conteste las siguientes preguntas para que le ofrescamos una completa y detallada examinacion:
Please answer the following questions so that we may give you a complete and comprehensive examination:

Usted usa lentes? Si: No:
1. *Do you wear glasses? Yes _____ No _____*

Con su prescripcion que tiene, usted esta teniendo dificultad con: Vision Nocturna: Manejar: Television:
2. *With your current prescription, are you having difficulty with: Night Vision _____ Driving _____ TV _____*

Viendo cine: Leyendo: Cosiendo: Trabajando: Otras cosas:
Movies _____ Reading _____ Sewing _____ Work _____ Other _____

Sus ojos le: Quemam: Duelen: Se cansan: Dan comezon: Le lloran:
3. *Do your eyes: Burn _____ Ache _____ Tire _____ Itch _____ Water _____*

Es sensitivo(a) a la luz? Si: No: Luces Fluorescentes: Brillo: Nieve: Sol:
4. *Sensitive to light? Yes _____ No _____ Fluorescent Lights _____ Glare _____ Snow _____ Sun _____*

Alguna vez a usado lentes de contacto (pupilentes): Si: No:
5. *Have you ever worn contact lenses? Yes _____ No _____*

Si usted esta usando lentes de contacto, ellos son: Suaves: Rigidos:
If you are currently wearing contact lenses, are they: Soft _____ Rigid _____

Si no, usted esta interesado(a) en usar lentes de contacto: Si: No:
If not, are you interested in wearing contact lenses? Yes _____ No _____

Usted ha tenido alguna cirugia de ojos de cualquier tipo? Si: No: De que tipo:
6. *Have you ever had eye surgery of any kind?* Yes _____ No _____ *What kind:* _____

Estaria interesado(a) en saber mas acerca de cirugia de laser para correccion de vista? Si: No:
Would you be interested in learning more about laser vision correction? Yes _____ No _____

Usa computadora en su trabajo? Si: No: Numero de horas diarias:
7. *Do you use a computer on your job?* Yes _____ No _____ *# of hours daily* _____

Usa computadora en su casa? Si: No: Numero de horas diarias:
Do you use a computer at home? Yes _____ No _____ *# of hours daily* _____

Cuando usted usa la computadora sus ojos se ponen: Rojos: Secos: Le duelen:
When computing, do your eyes get red _____ dry _____ ache _____

Usted se siente descomfortable en su: cuello: espalda: hombros:
Do you feel discomfort in your neck _____ back _____ shoulder _____

Informacion de forma de vida del paciente Patient Lifestyle Information

En que actividades recreacionales participa usted? (encierre todo lo que applique)
In what recreational activities do you participate? (circle all that apply)

Leer: Tocar instrumentos musicales Nadar Acampar coser Jugar cartas
read musical instrument swim camp sew play cards

jugar golf: Beisbol Jugar tennis: jugar basketbol Jugar video juegos
golf baseball tennis basketball video games

Otras cosas:
other _____

Historia Medica Medical History

Usted o alguno de sus familiares tiene historia de lo siguiente?

1. *Do you or any family members have a history of the following?*

	Usted <u>Self</u>	Miembro de su familia (porfavor de la lista) <u>Family Member (please list)</u>
Problemas de sinusitis: <i>Sinus Problems</i>	_____	_____
Diabetis: <i>Diabetes</i>	_____	_____
Alta presion de sangre <i>High Blood Pressure</i>	_____	_____
Cataratas <i>Cataracts</i>	_____	_____
Glaucoma: <i>Glaucoma</i>	_____	_____
Degeneracion macular <i>Macular Degeneration</i>	_____	_____

Usted tiene alguna alergia? Si No
 2. Do you have any allergies? Yes _____ No _____

Si puso que si, porfavor escriba la lista:
 If yes please list _____

Usted tiene frecuentes Dolores de cabeza: Si No Que tan seguido: Puntos que flotan en sus ojos
 3. Do you have frequent headaches? Yes _____ No _____ How often? _____ Spots/Floaters _____

Liste todos los medicamentos que usted esta tomando y que es lo que tartan:
 4. List all Medications you are currently taking and what each Medication is treating:

(porfavor incluya gotas de ojos, vitaminas, hierbas medicinales, y pildoras anticonceptivas)
 (Please include eye drops, vitamins, herbs and birth control pills)

Medicamento <i>Medication</i>	Tratamiento para <i>Treatment for</i>	Medicamento <i>Medication</i>	Tratamiento para <i>Treatment for</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Usted usa productos de tabaco? Si No
 5. Do you use any tobacco products? Yes _____ No _____

Informacion de seguro medico Insurance Information

Compania de seguro medico: Tiene beneficios para vision: si No
 Insurance Co.: _____ Do you have vision coverage: yes no

Numero de grupo: Numero de ID:
 Group #: _____ Subscriber #: _____

TERMINOS DE PAGO PAYMENT TERMS

Estamos felices en asistirle en procesar su visita a su aseguranza. Si su seguro medico no paga, o si su seguro medico le paga directamente, le pedimos que usted pague el balance. Regulacion de nuestra oficina le pide pago en el dia de servicio. Si lentes o lentes de contacto ban a ser ordenados, un minimo deposito de 50% sera requerido y el balance se pagara cuando se entreguen. Nosotros aceptamos efectivo, cheques, Visa, Mastercard y Discover. Un 1.5% de impuestos se cobrara cada mes por cualquier balance no pagado.

We are happy to assist you in filing of your insurance claim. If your insurance will not pay the anticipated amount, or your insurance pays you directly, we ask that you pay the balance. Office policy calls for payment at the time of service. If eyewear or contact lenses are to be ordered, a minimum 50% deposit is requested and the balance is due upon delivery. We accept cash, personal checks, Visa, Mastercard and Discover. A 1.5% late fee will be charged each month to any unpaid balance.

Metodo de pago: Efectivo Cheque Tarjeta de credito Seguro medico:
 Payment method: Cash _____ Check _____ Credit Card _____ Insurance _____

Firma: Fecha:
 Signature _____ Date _____