



Bartlett, Grigsby, Boan, & Associates, OD, PLLC

Bienvenido a nuestra oficina! Voy a tomar buen cuidado de usted!

Por favor llene esta formulario tan completamente como pueda. Esto ayuda al doctor proveerle el mejor cuidado posible. Si tiene alguna pregunta de cómo llenarlo, por favor déjenos saber.

In

Nombre: (Last) _____

Nombre preferido: _____

Dirección: (calle) _____
(ciudad, estado, código postal) _____

Número de Teléfono: (casa) ___-___-_____ (trabajo) ___-___-_____ x ____

Nombre de compañía: _____ Seguridad Social # ___/___/_____

Dirección del E-mail : _____@_____

(podemos enviarle la información vía E-mail? Y N)

Fecha de nacimiento: ___/___/_____ Sexo: M F

Referido: ___ Amigo (nombre: _____)

___ Seguro ___ Internet ___ La Luna

___ Compañía ___ Yellow Pages ___ Otro: _____

¿Cuándo fue su último examen de la vista? _____ ¿Donde? _____

¿Usted ha usado anteriormente? ___ Anteojos ___ Lentes de contacto

¿Ustad usa ahora?: ___ Anteojos ___ Lentes de contacto

In

¿Está usted interesado de...

___ Cirugía refractivo (LASIK) ___ Examen sin dilatación de las pupilas (Optos)

___ Contact Lenses (por la primera vez) ___ 30-día lentes de contacto

___ Lentes de contacto bifocales ___ Lentes de contacto para cambiar color de ojos

___ Anteojos sin reflexiones

¿Usa usted medicinas para los ojos? Sí No Qué: _____

¿Tiene usted (ahora o en el pasado? (marque todos que se apliquen):

___ dolor de cabeza ___ Visión doble ___ Ojo perezoso

___ Cirugía de ojos ___ Golpe de ojos ___ Ojos rojos

___ Comezón de ojos ___ Ojos ardientes ___ Ojos resacos

___ Dolor de ojos ___ Manchas in la vista ___ Lucecitas in la vista

___ Relfectiva ___ Dificultad par ver ___ Visión torcida

___ Otras problemas del ojo: _____

¿Le han diagnosticado con cualquiera del siguiente?

___ Glaucoma ___ Cataratas ___ Degeneración del ojo

Inf

Médico principal: _____ Último examen físico (mes/año) ___/___

Enumere las medicinas que usted toma:

Enumere alergias a alguna medicina:

Revisión de sistemas - ¿Tiene usted problemas de (marque todo que se apliquen)?

Sistema nervioso Huesos /empalmes Oído, nariz, garganta

Sangre Urination/Reproducción Piel

Respiración Cardíaco (incluyo presión alta de sangre)

Psicológico Endocrina (incluyo diabetes o problemas de tiroides)

¿Tiene cualquier persona en su familia inmediata tenía cualquiera del siguiente? (marque todo que se apliquen):

Diabetes Presión Sanguínea Cáncer Ceguera

Problemas de Tiroide Glaucoma

Degeneración macular Otras problemas del ojo: _____

¿Para qué condiciones médicas usted se han tratado en los dos años pasado? _____

¿Usted fuma? No Sí (cada día a veces infrecuentemente)

¿Tome alcohol? No Sí (cada día a veces infrecuentemente)

¿Usted tiene cualquier problema del abuso de la sustancia? No Yes

Pol

Nuestra política es que el pago esté rendido en la época del servicio para todos los servicios profesionales. Necesitamos un depósito de 50% para anteojos o lentes de contacto, y el resto de la cuenta es debido en la época de la entrega.

Verifique por favor sus ventajas con su compañía de seguros antes de venir para su cita. Cualquier estimación de sus cargas que le damos basó en la información que su compañía de seguros nos da no está atando si su asegurador reduce el pago o niega más adelante la demanda por cualquier razón.

Si su compañía de seguros no nos paga (por cualquier razón), la cuenta es su responsabilidad. Hacemos cada esfuerzo de trabajar con nuestros pacientes en sus cuentas, pero las cuentas atrasadas serán colocadas a través de la agencia del sistema judicial o de colección.

He leído y entiendo la política antedicha del pago. También reconozco por este medio que he leído y/o he recibido una copia del aviso de las "Prácticas de la Privacidad" para Bartlett, Grigsy, Boan, & Assoc., OD, PLLC (eyecarecenter).

Nombre: _____

Guarda para el niño (menos de dieciocho años): _____

Firma (Firma de guarda para el niño): _____ Fecha: ___/___/___

