

Formulario de Paciente

				Fecha de nacimiento		Fecha de hoy		
Información del Paciente								
Nombre del paciente (primero, segundo, apellido)		Sufijo (Jr.,Sr.)	Saludo (Sr., Sra.)	Número de seguro social		Estado de nacimiento	Sexo	Edad
Dirección (Dirección de domicilio, Dirección de facturación)			Ciudad, Estado, Código Postal			País United States		
Teléfono de casa	Teléfono móvil	Teléfono del trabajo / Ext.	Correo electrónico		Comunicación preferida (Celular, Correo electrónico)			
Necesidades especiales (silla de ruedas, etc.)								
Idioma principal		Estado civil	Apellido de soltera			Nombre de soltera de la madre		
Identidad de género (masculino, femenino, transgénero de hombre a mujer, transgénero de mujer a hombre)				Orientación sexual (heterosexual, bisexual, homosexual, otra, no sé)				
Raza (nacionalidad)		Raza 2		Etnico (hispano, latino)		Etnico 2		
Empleador			Ocupación					

Información de la Persona Responsable

Nombre de la Persona Responsable (Saludo, Nombre, Segundo nombre, Apellido)		Fecha de nacimiento	Teléfono de casa	Teléfono móvil	Teléfono del trabajo / Ext.		
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			Correo electrónico		Número de seguro social		Género

Ingreso mensual:

¿Actualmente recibe asistencia alimentaria?

Referencias - solo refugios y organizaciones

Empresa/Organización/Nombre	Teléfono	Dirección	Persona de Contacto

FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

NOMBRE:

Fecha de nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Apellido

Primero

Segundo

Motivo de la visita a la clínica hoy:

Escribe cualquier problemas que tenga sobre sus ojos o visión:

Último examen de la vista/ojos:

Dr. o ubicación

Último examen físico:

Dr. o ubicación

MEDICAMENTOS ACTUALES

Los medicamentos que está tomando actualmente. Incluya medicamentos sin receta y vitaminas o suplementos:

Nombre del medicamento

Dosis (incluya concentración y número de pastillas por día)

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

Alergias a medicamentos: ☐ No ☐ Si ¿A qué?

HISTORIAL CLÍNICO PASADO

¿Tiene ahora o ha tenido alguna vez:

☐ Diabetes

☐ Presión arterial alta

☐ Colesterol alto

☐ Derrame cerebral

☐ Problemas cardíacos

☐ Cáncer (tipo) _____

☐ Artritis

☐ Problemas de tiroides

☐ Problemas del hígado

☐ Problemas de riñón

Cualquier otra condición médica general u ocular del paciente o su familia:

☐ Cataratas

☐ Glaucoma

☐ Degeneración macular

☐ Estrabismo

☐ Uso de lentes de contacto

☐ Cirugía ocular

☐ Lesión ocular

Historial médico ocular familiar:

☐ Diabetes

☐ Hipertensión

☐ Derrame Cerebral

☐ Problemas del Corazón

☐ Cataratas

☐ Glaucoma

☐ Degeneración macular

☐ Estrabismo (ojos cruzados)

¿Bebe alcohol? Sí ☐ No ☐

Cuanto a la semana

¿Usa tabaco? Si ☐ No ☐

Si es así, ¿cuánto?

¿Está embarazada? Sí ☐ No ☐

¿Está amamantando? Sí ☐ No ☐

¿Sus pasatiempos o trabajo le ponen en riesgo de sufrir una lesión ocular?

¿Tiene usted problemas en las siguientes áreas?

Salud general

Sí ☐ No ☐

Genital/Urinario

Sí ☐ No ☐

Sangre o Linfático

Sí ☐ No ☐

Oídos/nariz/garganta

Sí ☐ No ☐

Piel

Sí ☐ No ☐

Alergias/Inmunología

Sí ☐ No ☐

Cardiovascular

Sí ☐ No ☐

Músculoesquelético

Sí ☐ No ☐

Endocrino

Sí ☐ No ☐

Respiratorio

Sí ☐ No ☐

Neurológico

Psiquiátrico

Sí ☐ No ☐

Gastrointestinal

Sí ☐ No ☐

Asistente (Iniciales):

Autorizaciones de exám

****SERVICIOS Y TARIFAS:**** Por la presente doy mi consentimiento para el examen y el tratamiento que el proveedor considere necesarios para proporcionar una buena atención oftalmológica. Entiendo que algunos de los servicios que recibo en UAB Eye Care pueden ser proporcionado por alumnos en práctica de optometría calificados, bajo la supervisión directa de un optometrista con título y licencia completos u otro médico que repetirá partes clave del examen. Entiendo que los servicios que recibo solo se realizarán cuando se considere necesario y que algunos de estos servicios pueden no estar cubiertos por mi seguro. Entiendo que seré responsable del pago total de todos los servicios que no estén cubiertos por mi seguro, que pueden considerarse deudas legales y prometo pagar las tarifas, incluido el costo de cobranza (se cobrará una tarifa de cobranza de \$50 por cualquier cuenta enviada a cobranzas), honorarios de abogados y costos judiciales si fuera necesario, renunciando ahora y para siempre al derecho de reclamar una exención según la constitución y las leyes del estado de Alabama o cualquier otro estado.

****EL USO DE GOTAS DILATADORAS:**** Entiendo que para examinar completamente el ojo, el médico a menudo requerirá el uso de gotas dilatadoras para agrandar las pupilas. Entiendo que la dilatación con frecuencia causa sensibilidad a la luz y puede nublar la visión en un grado y por un período de tiempo que varía de persona a persona (generalmente de 2 a 4 horas) y que, como resultado, puede afectar temporalmente la capacidad para conducir o realizar ciertas tareas. Otros efectos adversos extremadamente raros incluyen glaucoma de ángulo cerrado.

Entiendo que, en general, se recomienda la dilatación al menos cada 1 o 2 años, según la edad, los riesgos y los síntomas. Entiendo que una fotografía de la retina no reemplaza la necesidad de un examen ocular con dilatación de pupila. Los factores de riesgo incluyen, entre otros:

- Miopía alta (-6 o mayor Rx)
- Desprendimiento de retina.
- Aparición de luces intermitentes, flotadores o pérdida parcial de la visión
- Historia reciente de trauma
- Condiciones médicas como diabetes.
- Cualquier patología preocupante en las fotos del fondo de ojo que requiera mayor dilatación.

****PERMISO PARA PRESENTAR RECLAMOS DE SEGURO Y PARA EL PAGO DIRECTO DE BENEFICIOS DE SEGURO:**** Autorizo a UAB Eye Care a presentar reclamos a mi proveedor de seguros en mi nombre. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con una declaración escrita a UAB Eye Care indicando que revoco esta autorización.

****PERMISO PARA EL PAGO DIRECTO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO:**** Autorizo a mi proveedor de seguros a realizar pagos en mi nombre directamente a UAB Eye Care. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con una declaración escrita a UAB Eye Care indicando que revoco esta autorización.

****PERMISO PARA DIVULGAR REGISTROS A OTROS PROVEEDORES MÉDICOS:**** Autorizo a UAB Eye Care a divulgar información de registros con respecto a mi atención a otros proveedores médicos involucrados en mi atención médica. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con una declaración escrita a UAB Eye Care indicando que revoco esta autorización.

****PERMISO PARA USAR INFORMACIÓN MÉDICA ANÓNIMA EN LA CAPACITACIÓN EN ATENCIÓN MÉDICA:**** Autorizo a UAB Eye Care a, cuando indicado, hacer uso de la información de mis registros médicos (incluyendo imágenes de condiciones médicas) para la educación médica. Entiendo que la información utilizada de esta manera no me identificará por mi nombre y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con una declaración escrita a UAB Eye Care indicando que revoco esta autorización.

****AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA):**** Entiendo que UAB Eye Care y sus clínicas afiliadas pueden compartir información médica para tratamiento, facturación y operaciones de atención médica. Reconozco que recibí un aviso sobre las prácticas de información de salud de UAB Eye Care que describe cómo se usa y comparte mi información de salud. Entiendo que UAB Eye Care y sus clínicas afiliadas tienen el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento. Puedo obtener una copia actual comunicándome con UAB Eye Care o cualquiera de sus clínicas afiliadas.

****ENTREGA DE RECETA DE LENTES/LENTES DE CONTACTO:**** Me gustaría que me envíen mi receta de lentes y/o lentes de contacto electrónicamente a través de mi portal de pacientes. Sí ☐ No ☐.

Al firmar abajo, constituye mi reconocimiento de que he leído y estoy de acuerdo con todo lo anterior.

Paciente o representante autorizado

Fecha de nacimiento

Fecha del examen