

Vibrant Eyecare, PLLC

2310 SW Military Drive, Suite 248B, San Antonio, Texas 78224 • Phone: 210.932.9754 • Fax: 210.932.0495
vibranteyecaretx.com

*** OFFICE USE ONLY ***	
Appointment time: _____ Arrival: _____	Insurance name _____
Walk-in: _____	Payment method: Cash, Credit, CareCredit
	Copayment: \$ _____

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Circule algo: Paciente nuevo o Paciente establecido

Primer nombre _____ Apellido _____ Número de seguro social _____

Fecha de nacimiento: Mes _____ Fecha _____ Año _____ Genero (*circule*): M o F

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa:(____) _____ Teléfono celular:(____) _____

Email _____ Ocupación _____

Relación con el asegurado (*circule*): Yo / Espos(a) / Hijo(a)

Último examen de los ojos _____ ¿Cómo escuchó de nosotros? _____

Titular de seguro primario

Paciente y titular de seguro primario son los mismos: Empleador: _____

Primer nombre _____ Apellido _____ Número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento: Mes _____ Fecha _____ Año _____ Genero (*circule*): M o F

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa:(____) _____ Teléfono celular:(____) _____

Nombre de seguro _____ # de ID de miembro _____

MEDICAL HISTORY	OCULAR HISTORY
<p>FÍSICO <input type="checkbox"/> Desarrollado <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Fatiga</p> <p>OÍDO, NARIZ, GARGANTA <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Boca seca <input type="checkbox"/> Laringitis</p> <p>NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Migraña</p> <p>PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Deficiente de atención <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Bipolar</p> <p>CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Enfermedad corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva</p> <p>RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Obstrucción crónica <input type="checkbox"/> Apnea del sueño</p> <p>GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> Crohn's <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Reflujo ácido <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca</p> <p>GENITOURINARIAS <input type="checkbox"/> Nefropatía <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata <input type="checkbox"/> STD <input type="checkbox"/> Hipertrofia benigna de la próstata <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Clamidia</p> <p>MUSCULO-ESQUELÉTICO <input type="checkbox"/> Artrosis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Distrofia muscular <input type="checkbox"/> Espondilitis anquilosante <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Gota</p> <p>INTEGUMENTARY / SKIN <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Rosácea <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Herpes simplex <input type="checkbox"/> Herpes zoster / culebrilla</p> <p>ENDOCRINE <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2 <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 <input type="checkbox"/> Disfunción tiroidea <input type="checkbox"/> Hormonal disfunción</p> <p>HEMATOLÓGICA / LINFÁTICO <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Volumen grande la pérdida de sangre <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Colesterol</p> <p>ALERGICA / INMUNOLOGICO <input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos <input type="checkbox"/> Alergias Ambientales <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Síndrome de Sjogren</p>	<p>¿Se le ha diagnosticado alguna vez con alguno de los siguientes?</p> <p>Cataratas..... SI / NO Degeneración macular SI / NO Glaucoma SI / NO Retinopatía diabética SI / NO Ojo seco SI / NO Infecciones del Ojo..... SI / NO Flotadores / Destellos de Luz..... SI / NO Iritis / uveítis SI / NO Desprendimiento de retina SI / NO</p> <p>¿Tiene alguno de los siguientes problemas oculares?</p> <p>Ojos Rojos..... SI / NO Ardor SI / NO Picazón SI / NO Ojos llorosos SI / NO Secreción mucosa..... SI / NO Visión borrosa SI / NO Fatiga visual SI / NO Dolor de ojos SI / NO Sensibilidad severa a la luz SI / NO Dolor de cabeza SI / NO Mala visión nocturna SI / NO Molesto deslumbramiento nocturno SI / NO Doblé visión..... SI / NO Pérdida total de la visión SI / NO</p> <hr/> <p>Accidente en los ojos SI / NO Cirugías de los ojos..... SI / NO Ojo desviado o flojo..... SI / NO</p>
	<p style="text-align: center;">MEDICAMENTOS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">(Ninguno)</p>
<p>HISTORIA SOCIAL: <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas</p> <p>LAS MUJERES: <input type="checkbox"/> Embarazada, ¿Cuantos meses? _____ <input type="checkbox"/> Lactancia</p>	<p style="text-align: center;">ALERGIAS (medicamentos y alimentos)</p> <p style="text-align: right;">(Ninguno)</p> <p style="text-align: center;">FAMILIA MEDICA Y HISTORIA OCULAR</p> <p style="text-align: center;">Miembros de la familia inmediata</p> <p>Cáncer..... SI (¿Quién? _____) / NO Diabetes tipo 1 SI (¿Quién? _____) / NO Diabetes tipo 2 SI (¿Quién? _____) / NO Presión alta SI (¿Quién? _____) / NO Problemas de la tiroides..... SI (¿Quién? _____) / NO Degeneración Macular SI (¿Quién? _____) / NO Glaucoma SI (¿Quién? _____) / NO</p>

FOTOGRAFÍA DE LA RETINA

La fotografía de la retina utiliza una cámara digital especial de alta resolución para tomar fotografías detalladas de su retina, las estructuras internas de la espalda de sus ojos. La foto se utiliza para ayudar a detectar y controlar enfermedades comunes de los ojos como **la diabetes, el glaucoma, las cataratas y degeneración macular**. Muchas condiciones oculares y sistémicas, si se detectan en una etapa temprana, **pueden tratarse con éxito sin pérdida de la visión**.

Sus imágenes de la retina se almacenarán electrónicamente. Esto le da al médico un registro visual del estado actual de su retina que se puede utilizar para controlar la progresión de dichas afecciones. **Recomendamos que todos nuestros pacientes se realicen esta prueba**. Es **especialmente importante** para las personas con **antecedentes personales y familiares de prescripciones altas, presión arterial alta, diabetes, enfermedades de la retina, luces intermitentes, moscas volantes o dolores de cabeza**. Creemos firmemente en la detección temprana y el tratamiento de todas las afecciones oculares. La fotografía de retina es un método **más rápido y seguro** en comparación con la dilatación; **no hay gotas para los ojos ni efectos secundarios negativos**. La dilatación **prolongará su visita al menos 45 minutos y tendrá efectos secundarios negativos de sensibilidad a la luz y visión borrosa durante 4 (cuatro) a 6 (seis) horas**.

Me gustaría tener fotografía de retina: SI NO

Me gustaría tener dilatación de la pupila: SI NO

(Entiendo que al elegir estar dilatado sufriré visión borrosa y sensibilidad a la luz y no se recomienda conducir en esa condición)

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Al firmar a continuación, reconozco que toda la información ingresada es correcta y precisa en todas las hojas de información del paciente. Acepto la responsabilidad financiera total por todos los gastos incurridos en la visita de hoy y entiendo que el pago vence antes de que se presten los servicios y no son reembolsables. **Si el seguro no paga, el paciente / padre / tutor será responsable de cualquier material o servicio no cubierto por el seguro**. Si no realiza el pago, la cuenta se enviará a cobros. Autorizo el pago de mis beneficios médicos y visuales a Lorenzo Nichols, O.D. / Vibrant Eyecare, PLLC. Autorizo la divulgación de información médica y necesaria para procesar todos los reclamos y pagos a la parte que acepta la asignación.

Entiendo que esta oficina programará automáticamente exámenes de la vista anuales. Se enviarán múltiples notificaciones de dichos exámenes a través de mensajes de texto, teléfono (teléfono celular / fijo) y / o correo electrónico a medida que se acerque el examen de la vista anual programado.

Iniciales: _____

PRIVACIDAD DE HIPAA RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRIVACIDAD

Al firmar a continuación, reconozco que recibí una copia del formulario de Vibrant Eyecare, PLLC's Health Insurance and Portability and Accountability Act (HIPAA) a través de su sitio web / portal para pacientes / en persona.

Firma _____ Fecha _____

Paciente / Persona responsable