

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  M  F  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Médico de Cuidados Primarios: \_\_\_\_\_ Physician Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cómo prefiere que se le recuerde sus citas (Marque todo lo que corresponda)?  Llamada  Texto  Correo Electrónico

Quien podemos agradecer por referirlo? \_\_\_\_\_

**SEGURO MEDICO**

Plan de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Group#: \_\_\_\_\_  
 Plan de Seguro de Visión: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado Primario: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del Ultimo Examen del la Vista: \_\_\_\_\_ Fecha del Ultimo Exam Medico: \_\_\_\_\_ Por Quien: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Alergias: \_\_\_\_\_  
 Usas Anteojos?  Sí  No ? \_\_\_\_\_

**LENTE DE CONTACTO**

Usas Lentes de Contacto?  Sí  No Que Marca? \_\_\_\_\_ Que solución utilizas? \_\_\_\_\_  
 Que es el poder de los Contactos: Derecho: \_\_\_\_\_ Izquierdo: \_\_\_\_\_  
 Con qué frecuencia reemplazas sus Contactos? \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia se duerme en ellos? \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA**

Fumas?  Sí  No Bebes Alcohol?  Sí  No  Sólo Social  
 Estas Embarazada?  Sí  No Estás Amamantando?  Sí  No

**HISTORIAL MEDICA Y OCULAR- Por favor Marque Sí o No para Uno Mismo y Nota cualquier Antecedente Familiar**

	Sí	No	Año Diagnosticado	Familiar		Sí	No	Año Diagnosticado	Familiar
Presion Alta					Herida de Ojo: _____				
Diabetes (Insulina, pastillas)					Cirujía de Ojo: _____ (Incluyendo laser)				
Tiroides					Cataratas				
Colesterol Alto					Implantes de Cataratas				
Enfermedad del Corazón					Glaucoma				
VIH/ Sida					Degeneración Macular				
Hepatitis					Estrabismo o Visión Doble				
Artritis					Ojo Vago (Ambliopía)				
Cáncer					Flotadores o Luces Intertimentes				
Senos Paranasales					Ceguera				
Alergias					Ojos Secos				
Dolores de Cabeza					Dolor de Ojo				
Otro: _____					Otro: _____				

Cuál es la razón de su visita de hoy? \_\_\_\_\_

## SeaView Eyecare

### Recepción de la Notificación de Prácticas de Privacidad y Normas de Práctica Formulario de Reconocimiento Escrita

Al firmar abajo reconozco que he tenido la oportunidad de leer y entender SeaView Eyecare's HIPAA Aviso de Privacidad y Políticas de Práctica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o el Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprima el Nombre del Paciente o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### SOLO PARA USO DE OFICINA

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgment of this Notice of Privacy Practices, but was unable to do so as documented below:

Date: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_

### Imágenes de la Retina

Para un examen más completo, y para monitorear los cambios en la salud ocular de año en año, nuestros médicos requieren imágenes de la retina anual para todos los pacientes de todas las edades. Las compañías de seguros consideran este preventiva de imagen y no proporcionan una cobertura total del mismo. El costo de este imagen es de \$ 39 y que se añadirá a la tarifa de examen o copago para todos los exámenes anuales de rutina. De acuerdo con la Ley del Estado la Florida, imagen de la retina no puede ser sustituida por la dilatación; en lugar de los dos métodos de examen se complementan entre sí para proporcionar una evaluación más completa de la salud de los ojos.

### Examen de Dilatación de la Pupilas

El propósito de la dilatación de las pupilas es llevar a cabo un examen más a fondo de la salud de sus ojos. Esto permite al médico ver la retina periférica, una parte del ojo no es visible sin dilatación. Se encarece a las personas con diabetes, glaucoma, recetas de alta, enfermedad sistémica y los mayores de 55 años de edad para tener una dilatación anualmente. Todos los demás se deben dilatar cada 1-2 años. Los efectos secundarios de la dilatación pueden incluir visión borrosa, sensibilidad a la luz y escozor en la instalación de las gotas.

- He leído la declaración anterior y **ACEPTO** un examen dilatado
- He leído la declaración anterior y **DECLINO** un examen dilatado
- He leído la declaración anterior y **APLAZO** la dilatación. Volveré dentro de un mes para mi dilatación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o el Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha