

Bienvenido a Cascade Pacific Eyecare

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

DIRECCIÓN _____

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Número de Teléfono: Casa _____ Cell/Otro _____

Empleador _____ Ocupación _____

Edad _____ Cumpleaños _____ E-mail _____

Nombre de cónyuge _____ Número de Seguro Social _____

(Nombre de padres si es menor de 18)

INFORMACIÓN DE SEGURO: ¿Tiene cobertura de la vision? Si ____ No ____

Autorizo la divulgación de toda la información en mi nombre a cualquier compañía de seguros, el DSHS o Medicare para asegurar pago. Entiendo que los beneficios citados por esta oficina no son garantía de pago. La determinación final se hará cuando la reclamación sea procesada por el seguro, DSHS o Medicare. Estoy de acuerdo en pagar por todos servicios no cubiertos dentro de los 30 días de noticia. Todos los co-pagos y todos los excesos sobre los anteojos y/o contactos son debidos en el momento de servicio.

Inicial _____

POR FAVOR DE LLAMAR DENTRO DE LOS 30 DÍAS DE SU EXAMEN PARA UNA REEVALUACIÓN SI TIENE ALGUNAS PREGUNTAS CON SU NUEVA RECETA. HABRA UN CARGO DE OFICINA DESPUÉS DE 30 DÍAS. TODO EL PAGO ES DEBIDO EN EL MOMENTO DE SERVICIO.

Firma _____ Fecha _____

Reconocimiento de Recibo

Reconosco que he recibido una copia de Aviso de Prácticas de Privacidad de Shelby D. Robinson.

Firma _____ Fecha _____

Por favor voltiar página para continuar

Cuestionario de Su Historial Medico

¿Quién es su proveedor de atención primaria? _____

¿Usted usa anteojos? Si No

¿Usted usa lentes de contacto? Si No ¿En caso que si, que tipo? _____

¿Está embarazada? Si No ¿Está usted amamantando? Si No

¿Utiliza productos de Tabaco? Si No

HISTORIAL DE SU SALUD: (Por favor marque los que apliquen)

Ojos

Pérdida de la Visión

Visión Borrosa

Visión Distorsionada/Halos

Pérdida de la Vision Lateral

Visión Doble

Sequedad

Secreción Mucosa

Enrojecimiento

Sensación Arenosa

Picazón/Comezón

Ardor

Foreign Body Sensation

Ojos Llorosos

Sensibilidad a la Luz

Dolor de Ojo

Infección Crónica de los Ojos/de el Párpado

Orzuelos/Chalazión

Flashes/Flotadores

Ojos Cansados

Oídos, Nariz, Boca, Garganta

Alergias/Fiebre del Heno

Congestión Nasal

Garganta Seca/Boca

Respiratorio

EPOC

Enfisema

Cirugía de los Ojos

Catarata

Lasik

Estrabismo

Vascular/Cardiovascular

Diabetes

Dolor de Corazón

Presión Arterial Alta

Derrame Cerebral

Colesterol Alto

Gastrointestinal

Reflujo Acido

Acidez

Genitourinario

Genitales/Riñon/Vejiga

Huesos/Articulaciones/Músculos

Artritis Reumatoide

Dolor Muscular

Dolor en las Articulaciones

Linfático/Hematológicas

Anemia

Problemas de Sangrado

Psiquiátrico

Depresión

Bipolar

Otro

Cualquier condición que no este mencionada _____

Alergias a medicamentos _____

La medicaión actual _____

Formulario de Consentimiento de Lentes de Contacto

Si usted está interesado en **LENTE DE CONTACTO**, por favor lea y firme lo siguiente:

1. Debemos cumplir con el estado de Washington y las leyes federales en material de equipamiento adecuado y un seguimiento para obtener una receta de lentes de contacto.
2. Para obtener una receta final de lentes de contacto, usted está obligado a tener una cita de seguimiento adecuado de atención, que tal vez no sea cubierta por su plan de seguro. Esto también se aplica si tenemos que cambiar la marca de sus contactos.
3. Si usted es un usuario de lentes de contacto previo, por favor indíquenos la información de sus contactos actuales (esto reducirá gastos adicionales en los servicios).

Firma _____ Fecha _____

Para los menores de 18 años que estén interesados en LENTES DE CONTACTO:

Yo, _____, soy el guardian legal de _____

Y doy mi permiso para que él/ella sea tratado con los lentes de contacto. Se nos ha informado que con el mejor de los cuidados hay riesgos con lentes de contacto. Estos riesgos incluyen la posibilidad de lesion permanente a la vista y los ojos incluyendo posible ceguera. Además autorizo el cuidado de emergencia apropiado/tratamiento de cuidado, si es necesario.

Firma del Menor

Firma de Guardián Legal

Fecha

Relación con el Menor