

Apellido _____ Nombre _____ SNI _____ Hombre Mujer

Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

SSN _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ____/____/____ Licencia de manejar _____

Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Empleador _____ Email _____

Recomendado por: (nombre y apellido) _____

INFORMACION DE SEGURO

Seguro de vision _____ Seguro Medico _____

Primario en seguro y FDN _____ Relacion a paciente _____

SSN de primario en seguro _____ - _____ - _____ Empleador de primario en seguro _____

HISTORIA DE LOS OJOS

Fecha de ultimo examen de vista (mm/dd/aaaa) _____

Ha tenido cirugia o heridas en o cerca de los ojos? Si / No Tipo _____ Fecha _____

Tienes: Glaucoma? Si / No Catarata? Si / No Ojos secos? Si / No Vision borrosa? Si / No Picasos? Si / No

Otros problemas? Si / No Explique _____

Ud. Usa espejuelos? SI / No Lentes de contacto? SI / NO Que tipo: Suaves Rigido Torico Bifocales Marca de CL _____ Solucion _____

HISTORIA MEDICA

Medico de cabecera _____ Fecha de su ultima visita _____ Teléfono _____

Ha sufrido usted por las siguientes condiciones? (circula los que aplican)

Allergias	Si	No	Garganta/Naris/Oido	Si	No	Genitourinary	Si	No	Musculosquelético	Si	No
Linfático/Sangre	Si	No	Endocrino (glándulas)	Si	No	Dermatologica	Si	No	Nervioso	Si	No
Corazón	Si	No	Gastrointestinal	Si	No	Mental	Si	No	Respiratorio	Si	No

Diabetes Si / No Type _____ Fecha de reconocimiento _____

Alergias Si / No Ha que? _____ Alergias a medicinas? Si / No Ha que? _____

Otros problemas de salud _____

Medicamentos que estas tomando _____

Ha tenido cirugia en los ojos? Si / No Tipo _____ Fecha _____

Ud. fuma? Si / No Ud. toma alcohol? Si / No Ud. toma socialmente? Si / No

HISTORIA DE FAMILIA

Presión arterial alta	Si	No	Relación _____	Degeneración de la macula	Si	No	Relación _____
Diabetes	Si	No	Relación _____	Desprendimiento de Retina	Si	No	Relación _____
Glaucoma	Si	No	Relación _____	Catarata	Si	No	Relación _____

Otros problemas? Si / No Tipo? _____

Autorizacion de pagos--Yo autorizo el pago de todos los beneficios de vision y/o materiales directamente al doctor o proveedor como indicado. Yo entiendo que soy responsable de pagar los costos no cubiertos por mi plan de seguro y que el costo de los servicios rendidos y materiales no son reembolsables. Yo tambien autorizo que se pueda dar informacion medica de mi historia visual con el proposito de validar y determinar los beneficios pagables en coneccion con la factura del seguro. _____ Firma del paciente o guardian

Advertencia de Privacidad. Yo he tenido la oportunidad de revisar la advertencia de privacidad de Dr. Pablo A. Suarez y Asociados. **Yo / Yo no** (favor haga un circulo) decido tener copia de la advertencia de privacidad de la practica. _____