

PATIENT INFO	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:	Fecha de hoy:
	Domicilio:	Ciudad:	Estado:		Código Postal:
	Cellular:	Telefono:	Correo Electronico:		
	Ocupacion:	Nombre de empleador:	<input type="checkbox"/> Paciente nuevo <input type="checkbox"/> Paciente existente		

Informacion De Seguro De Vision

Proveedor De Seguro:	Nombre Del Miembro Principal:	Fecha de N. de miembro principal
ID De Miembro Principal:	Relacion con Miembro Principal <input type="checkbox"/> Uno Mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Dependiente	Seg. Social del Paciente Principal

RAZON DE SU VISTA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Examen de Rutina | <input type="checkbox"/> Evaluacion de Ojo Seco |
| <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto Examen | <input type="checkbox"/> Evaluacion de Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> LASIK Evaluacion | <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto Especiales(i.e., Scleral lentes, OrthoK) |
| <input type="checkbox"/> Evaluacion de la Retina/Fotos | <input type="checkbox"/> Otro (<i>Especifica aqui</i>) _____ |

Historial Medico Del Paciente

Fecha de su ultimo examen de los ojos? _____ Usas lentes? Marca S o N N / S Tipo (marca el que applique)? Distancia / Cerca / Computadora / Progressivo/ Bifocal

Razon de su visita (marca todos lo que aplica) Vision Borrosa (circle): Distancia/ Para Leer / Computadora Vision Doble Destellos/ Flotadoras
 Ojos Secos Ojos que pican Lentes perdidos /Lentes rotos Sin Contactos

Usted o su familia tiene problemas como las que estan abajo(*marca todos que apliquen*)?

Uno Mismo / FAMILIA Especifica (e.g., *Papas, hermanos, Abuelos*). *Especifica si es maternal or paternal*

Ha tenido cirugia or trauma ?

Estrabismo (giro de ojos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> N / <input type="checkbox"/> S
Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Alta Presion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Explica: _____
Cataratas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Colesterol Alto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
Degeneracion Muscular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Enfermedad de Tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Estas embarazada?
Desprendimiento de retina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Enfermedad Autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> N / <input type="checkbox"/> Y
Ambliopia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Cancer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	

Otras Condiciones?: _____

Cigarros tobacco? N / S Todo los dias

Alcohol N S Ocasional Social Otro

Medicacion y dosis actual:

ALERGIAS A MEDICINA

Penicilina

Sulfa

Otro _____

CUESTIONARIO DE OJO SECO

Tiene uno de estos sintomas? Ojos que queman Ojos llorosos Punzadas Ojos rojos
 Vision borrosa Ojos que pican Grittiness Irritacion

Historial De Lentes De Contacto

Usa lentes de contacto? N/ S/

Si puso 'No', esta interesado en un examen para lentes de contacto? _____

Que tipo de lentes de contacto contacto usa? _____

Marca de lentes de contacto: _____

Con que frecuencia reemplaza sus lentes? (Marca los que apliquen) [Todo los dias] [Quincenal] [Mensual]

Cuanto veces a la semana usa lentes de contacto? _____

Historial Con La Computadora

Horas en la computadora? _____

Sufre de estos sintomas mientras usa la computadora?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fatiga visual | <input type="checkbox"/> Fatiga ocular |
| <input type="checkbox"/> Vision borrosa | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad de luz | <input type="checkbox"/> Destello |

Otro (*por favor especifica*): _____

Correo Electronicos y Mensajes De Texto

La regla de privacidad permite que los proveedores de atencion medica cubiertos se comuniquen electronicamente, como por correo o electronico o mensajes de texto; con sus pacientes, siempre que apliquen las garantias randonable al hacerlo. Seleccione y firme a continuacion que medios alternativos permite que Bell Vision se comuniquen con usted:

- SI, acepto correos electronicos y/ o mensajes de texto (y entiendo que mi proveedor de telefono puede aplicar cargos) para recibir actualizaciones y mensajes de Bell Vision Optometria. Si es asi, proporcione un correo electronico y firme. En caso afirmativo, seleccione una de las opciones:

Correo Electronico De Paciente : _____

Por favor circula el que prefieras:

- Correo electronico Y Mensaje por texto
- SOLO Correo Electronico
- SOLO Mensajes de Texto

NO, rechazo el correo electronico y los mensajes de texto y prefiero que Bell Vision Optometria me llame a los numeros indicados para recibir mensajes. Ingresar su correo electronico es opcional, por favor firme para continuacion.

Firma del Paciente

Fecha:

Firma del losPadres o Guardian

Fecha:

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRATICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo y reconozco que, en un intento por proteger la privacidad de mi informacion medica identificable, Bell Vision Optometria ha establecido un aviso de practicas de privacidad. Esta informacion detalla en el uso y la divulgacion contenida en mis registros medicos personales que se guardan con fines de diagnostico, tratamiento, pago y operaciones de atencion medica. De acuerdo con las Regulaciones de HIPAA, una copia del Aviso de Privacidad de Bell Vision Optometria se me ha puesto a mi disposicion mientras estoy en las instalaciones hoy. Si opto por tener una copia personal, se me entregara una sin cargo.

Firma del Paciente

Fecha :

Firma del Padres o Guardian:

Fecha :

ACUERDO FINANCIERO Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Lo siguiente contiene informacion importante sobre sus responsabilidades financieras y su tratamiento en Bell Vision Optometria, por favor lealo atentamente.

1. ACUERDO FINANCIERO: Entiendo que el pago de los servicios vence en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios.

Los lentes de contacto de envio directo deben pagarse en su totalidad en el momento de realizar el pedido. Debido a que los servicios se basan en la necesidad medica es imposible que Bell Vision Optometria proporcione un costo total antes de la evaluacion. Entiendo que Bell Vision Optometria facturara a mi seguro como cortesia, pero esto no es una garantia de que mi seguro pague los servicios prestados o los materiales proporcionados. Es mi responsabilidad conocer los beneficios y la cobertura de mi seguro. Soy responsable de todos los copagos, deducibles y servicios o materiales no cubiertos por mi seguro. En el caso que sea medicamente necesario que Bell Vision Optometria contrate los servicios de una agencia de cobranza y/o asistencia legal, sere responsable de cualquier gasto de asignacion y tarifas razonables.

 Inicial Aqui

2. SERVICIOS NO CUBIERTOS: Entiendo que los acuerdos de Bell Vision Optometria con el plan de seguro medico (i.e., HMOs, PPOs) se relaciona unicamente con los articulos y servicios que estan "cubiertos" por el plan de seguro. Acepto la responsabilidad financiera de todos los articulos o servicios que mi seguro determina que no estan cubiertos, incluida la tarifa de refraccion.

 Inicial Aqui

3. MEDICARE: Solicito que pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre a Bell Vision Optometria para los servicios que me proporciono Bell Vision Optometria. Autorizo a cualquier poseedor de informacion medica sobre mi a divulgar a centro de servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier informacion necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mis iniciales solicitan que se realice el pago y autorizo la divulgacion de la informacion medica necesaria para pagar el reclamo. Tambien comprendo que soy responsable por el deducible, y conseguro y los servicios no cubiertos.

 Inicial Aqui

Autorizacion para facturar: He leído y entendido la informacion anterior y acepto cumplir con estos terminos. Autorizo a mi compania de seguros a realizar el pago a Bell Vision Optometria por los servicios y/o materiales prestados. Autorizo a Bell Vision Optometria a divulgar informacion sobre mi o mis dependientes para procesar todas y cada una de las reclamaciones de reembolso en mi nombre. Tambien autorizo a Bell Vision Optometria y sus emokeados a brindar atencion y servicios optometricos, incluidos, entre otros procedimientos medicos y/o consideren necesarios en el curso de mi cuidado.

Autorizar para Tratar: Tambien autorizo a Bell Vision Optometria y sus empleados, a brindar atencion y servicios optometricos, incluidos, entre otros, pruebas de diagnostico, exámenes y otros procedimientos medicos y/ o quirurgicos, que se consideren necesarios en el curso de cuidado.

Firma del Paciente:

Firma del Padres o Guardian:

Fecha: