

FAMILY EYE CARE  CHILDREN'S EYE CENTER
OF NEW MEXICO

Gracias por hacer una cita con nuestra oficina. Su cita es con unas de nuestras especialistas y es posible que usted puede estar aquí en la oficina por 1-2 horas. Algunas veces, los doctores pueden tener un retraso inesperado en la oficina o durante de cirugía. Si esto pasó, el tiempo para esperar puede ser más larga. La mayoría del tiempo, una espera más larga es porque el/la doctor/a tiene que pasar más tiempo con una paciente de los esperado. Vamos a dar a usted o su niño/a más tiempo si necesita. La relación entre el/la doctor/a y la paciente no empieza hasta llega la paciente a su primera cita y tiene una evaluación con el/la doctor/a.

Puede llenar nuestras registraciones y formas de historia de salud desde el internet, o puede descargar las formas para hacerlos. El/la doctor/a necesitará revisar sus formas completas antes de él/ella puede verle. Si descarga las formas, por favor llénalas antes de venir para su cita.

POR FAVOR DE TRAER LO SIGUENTE A SU CITA

- Sus lentes
- Sus tarjetas de seguro médico
- Su papel de referencia o autorización del seguro médico (incluye Tricare y otras planes)
- Su pago para el copago de seguro y/o deducibles
- Su lista de medicinas presentes incluyendo gotas para los ojos, vitaminas, y medicinas en el mostrador
- Alguien para manejar a usted a la casa—puede tener problemas manejando con ojos dilatadas
- Juguetes, aperitivos, libros, u otras cosas que puede querer cuando está esperando (dinos si podemos ayudarle)

Si tiene una diagnosis médica, vamos a pedir pago de su seguridad médico para usted. Si no está segura si estamos en su plan de su seguridad, por favor chequea con la seguridad antes de su cita. Vamos a coleccionar todos los pagos para servicios no cubiertos, deducibles, y/o copagos al tiempo de su cita. Si necesita ordenar pupilentes (lentes de contacto), necesita paga para estos cuando los ordenamos. Si necesita hacer un arreglo para pagos, por favor llámanos antes de su cita.

El/la doctor/a va a hacer un *refracción* como una parte de su cita completa. El *refracción* es la parte durante de la cita cuando escondimos si su niño/a necesita lentes. La mayoría de las compañías de seguridad consideran *refracción* como es algo rutina y/o un servicio no cubierto.

El/la doctor/a probamente va a dilatar sus ojos durante de la examinación. Esto significa que usted o su niño/a seria sensible a la luz y no va a ver tan claramente por unas horas. Tenemos

antejos de sol si necesita. Muchas personas no tienen problemas para manejar después de la dilatación, pero le sugerimos que alguien lo lleve a casa.

Por favor llámanos si tiene preguntas antes de su cita. ¡Esperamos verle!

Fecha:

Spanish Adult Registration Form and Health History

INFORMACION DEL PACIENTE									
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE					
DIRECCION		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL			
TELEFONO (CASA)		TELEFONO CELULAR		TELEFONO (TRABAJO)					
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL	<input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE		<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO				
CORREO ELECTRONICO		¿QUIEN SE REFIRIO A NUESTRA OFICINA?		¿QUIEN ES SU MEDICO PRIMARIO?					
INFORMACION DEL EMPLEADOR									
COMPANIA POR QUIEN TRABAJA									
DIRECCION		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL			
INFORMACION DE LA CUENTA									
PERSONA QUIEN ES RESPONSABLE POR EL PAGO				RELACION					
DIRECCION		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL			
COMPANIA DE SEGURO MEDICO		SUBSCRIPANTE		RELACION AL PACIENTE					
PROBLEMAS CON LOS OJOS									
¿PORQUE VINISTE A VER AL MEDICO HOY?				¿QUE QUIERE QUE HAGA EL DOCTOR?					
PROBLEMAS DE SALUD Y ANTERIOR HISTORIA DE SALUD									
¿USA ANTEOJOS?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		ALERGIAS <input type="checkbox"/> NO QUE YO SEPA <input type="checkbox"/> SI (POR FAVOR ESCRIBELOS ABAJO)					
¿USA LENTES DE CONTACTO?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
¿HAS TENIDO LESIÓN OCULAR?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
¿FUMA USTED? (AHORA O EN EL PASADO)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
PROBLEMAS DE SALUD									
<input type="checkbox"/> ALERGIAS ESTACIONALES		<input type="checkbox"/> PROBLEMA DEL CORAZON		<input type="checkbox"/> HIPERTENSION		<input type="checkbox"/> CANCER		<input type="checkbox"/> DIABETES	
<input type="checkbox"/> CONVULSIONES		<input type="checkbox"/> PROBLEMA HEPATICO		<input type="checkbox"/> INFERMEDAD RENAL		<input type="checkbox"/> PROBLEMAS CON PULMONES		<input type="checkbox"/> PROBLEMAS EMOCIONALES	
<input type="checkbox"/> CATARATAS		<input type="checkbox"/> GLAUCOMA		<input type="checkbox"/> OJO ESTRAIIDO O CRUZADO		<input type="checkbox"/> PROBLEMAS MACULAR		<input type="checkbox"/> OTRO _____	
MEDICAMIENTO				CIUJIAS ANTERIORES					
MEDICAMIENTO		DOSIS Y FRECUENCIA		CIRUGIA		AÑO			

POR FAVOR COMPLETAR POSTERIOR →

¿TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

GENERAL/HORMONAL	SANGRE/GANGLIOS LINFATICOS	PIEL/PELO/UNAS	OREJAS/NARIZ/GARGANATA	OJOS	MUSCULOS/HUESOS/ ARTICULACIONES
<input type="checkbox"/> FATIGA <input type="checkbox"/> FIEBRE/ESCALOFRIOS <input type="checkbox"/> SUDORES NOCTURNOS <input type="checkbox"/> SOFOCOS <input type="checkbox"/> INTOLERANCIA AL CALOR <input type="checkbox"/> INTOLERANCIA AL FRIO <input type="checkbox"/> CAMBIO EN EL PESO <input type="checkbox"/> CAMBIOS EN EL APETITO <input type="checkbox"/> SED EXCESIVA <input type="checkbox"/> RONQUERA <input type="checkbox"/> CAMBIOS EN LA VOZ <input type="checkbox"/> NINGUNO	<input type="checkbox"/> ANEMIA O HIERRO BAJA <input type="checkbox"/> SANGRADO ANORMAL <input type="checkbox"/> LINFATICOS INFLAMADOS <input type="checkbox"/> MORADURAS <input type="checkbox"/> NINGUNO	<input type="checkbox"/> CAMBIOS EN COLOR <input type="checkbox"/> CAMBIO EN LUNAR <input type="checkbox"/> COMEZON <input type="checkbox"/> IRRITACION <input type="checkbox"/> RONCHAS <input type="checkbox"/> TUMOR <input type="checkbox"/> CAMBIOS EN EL CABELLO <input type="checkbox"/> CAMBIOS EN LAS UNAS <input type="checkbox"/> NINGUNO	<input type="checkbox"/> DOLOR DE CABAZA <input type="checkbox"/> PERDIDA DE AUDICION <input type="checkbox"/> ZUMBIDOS EN LOS OIDOS <input type="checkbox"/> HEMORRAGIAS NASAL <input type="checkbox"/> MOQUEO DE NARIZ <input type="checkbox"/> PROBLEMS DE SINUS <input type="checkbox"/> ENCIAS SANGRANTES <input type="checkbox"/> DOLOR EN OREJAS <input type="checkbox"/> DOLOR EN LA NARIZ <input type="checkbox"/> DOLOR EN LA GARGANTA <input type="checkbox"/> CAMBIOS DE SABOR <input type="checkbox"/> LLAGAS EN LA BOCA <input type="checkbox"/> BOCA SECA <input type="checkbox"/> NINGUNO	<input type="checkbox"/> PERDIDA DE VISION <input type="checkbox"/> VISION BORROSA <input type="checkbox"/> VISTA DISTORSIONADO <input type="checkbox"/> VISION DOBLE <input type="checkbox"/> FLOTADORES VÍTREOS <input type="checkbox"/> DESTELLOS DE LUZ <input type="checkbox"/> OTROS PROBLEMAS DE VISION <input type="checkbox"/> LAGRIMEAN <input type="checkbox"/> RESECO <input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD A LA LUZ <input type="checkbox"/> PARPADO CAIDO <input type="checkbox"/> OJOS ROJOS <input type="checkbox"/> DRENAJE O MUCOSIDAD <input type="checkbox"/> COMEZON <input type="checkbox"/> DOLOR O INCOMODIDAD <input type="checkbox"/> NINGUNO	<input type="checkbox"/> DOLORES ARTICULARES <input type="checkbox"/> RIGIDEZ ARTICULARES <input type="checkbox"/> CALOR SOBRE ARTICULAR <input type="checkbox"/> DOLORES Y MOLESTIAS MUSCULARES <input type="checkbox"/> RIGIDEZ MUSCULARES <input type="checkbox"/> DEBILIDAD <input type="checkbox"/> CALAMBRES <input type="checkbox"/> PARALISIS <input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA MOVER <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE ESPALDA <input type="checkbox"/> NINGUNO

PULMONES	CORAZON	ESTOMAGO/INTESTINOS	KIDNEYS BLADDER/GENITALS	NEUROLOGIC	PSYCHIATRIC
<input type="checkbox"/> TOS <input type="checkbox"/> PRODUCCION DE ESPUTO <input type="checkbox"/> SIBILANCIA <input type="checkbox"/> DIFICULTAD AL RESPIRAR <input type="checkbox"/> TOS CON SANGRE <input type="checkbox"/> DOLOR EN LOS PULMONES <input type="checkbox"/> NINGUNO	<input type="checkbox"/> DOLOR DE PECHO <input type="checkbox"/> DOLOR DEL BRAZO O MANDIBULA <input type="checkbox"/> PALPITACIONES <input type="checkbox"/> INTOLERANCIA AL EJERCICIO <input type="checkbox"/> DOLOR EN LOS EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> CAMBIOS EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> MAREOS <input type="checkbox"/> DESMAYOS <input type="checkbox"/> SUDOR <input type="checkbox"/> NINGUNO	<input type="checkbox"/> SANGRE EN LAS HECES <input type="checkbox"/> VOMITOS CON SANGRE <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> CONSTIPACION <input type="checkbox"/> NAUSEA <input type="checkbox"/> VOMITO <input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA TRAGAR <input type="checkbox"/> ACEDO <input type="checkbox"/> INTOLERANCIA ALIMENTARIA <input type="checkbox"/> NINGUNO	<input type="checkbox"/> URINACION FRECUENTE <input type="checkbox"/> DOLOR AL ORINAR <input type="checkbox"/> INCONTINECIA <input type="checkbox"/> SANGRE EN LA ORINA <input type="checkbox"/> ORINAR DURANTE NOCHE <input type="checkbox"/> DOLOR EN LAS RINONES <input type="checkbox"/> DRENAJE GENITALES <input type="checkbox"/> ULCERAS GENITALES <input type="checkbox"/> NINGUNO	<input type="checkbox"/> MAREO <input type="checkbox"/> ATONTAMIENTO <input type="checkbox"/> HORMIGUEO O ARDOR <input type="checkbox"/> PERDIDA DE MEMORIA <input type="checkbox"/> PERDIDA DE CONCIENCIA <input type="checkbox"/> PERDIDA SUBITA DE LA VISION <input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA CAMINAR <input type="checkbox"/> DESORIENTACIONES <input type="checkbox"/> NINGUNO	<input type="checkbox"/> DEPRESION <input type="checkbox"/> CAMBIOS EN HUMOR <input type="checkbox"/> ALUCINACIONES <input type="checkbox"/> PESADILLAS <input type="checkbox"/> ANSIEDAD <input type="checkbox"/> CMBIOS DE COMPORTAMIENTO <input type="checkbox"/> NINGUNO

FAMILIA Y HISTORIA SOCIAL

¿TIENE FAMILIARES DE SANGRE (VIVO O MUERTO) QUE TIENEN UNO DE LOS SIGUIENTES? :

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	AMBLIOPIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	HIPERTENSION
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	DIFICULTAD CON LA ANESTHSIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CATARACTS JUVENILES
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ARTHRITIS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	EMFERMEDAD DE RINON
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CIEGIDAD	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	OJO CANSADO
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CRUZADO/OJO ESTRAIDO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	LUPUS
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	DIABETES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	IMPEDIMIENTO NEUROLOGICO
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CANCER DEL OJO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	MUERTE PREMATURO
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS DE RETINA
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS GENETICO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDAD DEL CORAZON	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS DE LA TIROIDES

EVALUACION SOCIAL

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	VIVO SOLO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	TENGO REFUGIO ADECUADA
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	TENGO TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	TENGO AYUDA CUANDO SEA NECESARIO

OFFICE USE ONLY

PATIENT NOTES

REVIEWED BY: TODD GOLDBLUM, MD JOHN HICKOX, MD REBECCA LEENHEER, MD
 PROVIDER SIGNATURE: _____ DATE(S): _____

FAMILY EYE CARE  CHILDREN'S EYE CENTER
OF NEW MEXICO

Aviso de prácticas de privacidad

Yo doy a mi consentimiento para el uso o a la revelación de mi información de salud protegida por Family Eye Care/Children's Eye Center of NM, P.C. (Family & Children's Eye Center) por la razón de diagnosticando o proporcionar tratamiento a mi, para obtener pago por mis cuentas medicas, o conducción de operaciones de atención médicos de Family & Children's Eye Center. Yo entiendo que el diagnostico o tratamiento de mi desde algunos de los personas médicas que están empleados de Family & Children's Eye Center puede ser condicionado sobre mi consentimiento como evidenciado por mi firma en este documento.

Yo entiendo que tengo el derecho para solicitar una restricción en cuanto a cómo mi información de salud protegida esta usado o revelado para llevar a cabo tratamiento, pago, o operaciones de atención medicas de la practica. No es necesario para la Family & Children's Eye Center a estar de acuerdo con las restricciones que puedo pedir. Sin embargo, si Family & Children's Eye Center esta de acuerdo a una restricción que pido yo, la restricción es obligatorio en Family & Children's Eye Center y cualquier medico empleado de Family & Children's Eye Center.

Tengo el derecho a restringir la revelación de mi información de salud protegida a un plan de salud, al completar una solicitud por escrito.

Tengo el derecho revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento excepto hasta el punto que Family & Children's Eye Center ha tomado acción en la dependencia en este consentimiento.

Family & Children's Eye Center puede llamarme con recordatorios de mis citas, cancelaciones, y puede dejar mensajes del voz a mi casa o lugar de empleo.

El aviso de prácticas de privacidad del Family & Children's Eye Center esta disponible a mi. El aviso de prácticas de privacidad describe el tipo de usos y las revelaciones de mi operaciones medicas protegidas de Family & Children's Eye Center. Este aviso de prácticas de privacidad también describe mis derechos y las tareas de Family & Children's Eye Center con respeto a mi información de salud protegida.

Family & Children's Eye Center reserva el derecho para cambiar los prácticas de privacidad descrito en el aviso de prácticas de privacidad. Puedo obtener una copia revisada del aviso de prácticas de privacidad por solicitar, en escrito, que una copia revisada seria enviado desde correo, o pidiendo una en el momento de mi próxima cita. Yo reconozco la disponibilidad del aviso de prácticas de privacidad.

Firma del paciente o representante personal

Nombre del paciente o representante personal (por favor, imprima)

Descripción de autoridad de representante personal

Fecha de la firma