

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:

**Forma de Registracion Pediatrico**

INFORMACION DEL PACIENTE				
APELLIDO DEL PACIENTE		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL	<input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE	QUIEN ES EL QUE CUIDA A SU HIJO(A)?
QUIEN LE MANDO A SU HIJO(A) AL DOCTOR HOY?			QUIEN ES EL PEDIATRA DE SU HIJO(A)?	
INFORMACION DE LOS PAPAS O DEL CUSTODIO LEGAL				
APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
EN QUE TRABAJA		POR QUIEN TRABAJA	TELEFONO DEL TRABAJO	
TELEFONO EN CASA		CELULAR	CORREO ELECTRONICO	
LA PERSONA INDICADA EN LA CAJA DE ARRIBA ES:				
<input type="checkbox"/> PAPA/MAMA BIOLOGICO <input type="checkbox"/> PAPA/MAMA ADOPTIVO <input type="checkbox"/> CUSTODIO LEGAL <input type="checkbox"/> PADRE DE CRIANZA <input type="checkbox"/> OTRA COSA:				
APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
EN QUE TRABAJA		POR QUIEN TRABAJA	TELEFONO DEL TRABAJO	
TELEFONO EN CASA		CELULAR	CORREO ELECTRONICO	
LA PERSONA INDICADA EN LA CAJA DE ARRIBA ES:				
<input type="checkbox"/> PAPA/MAMA BIOLOGICO <input type="checkbox"/> PAPA/MAMA ADOPTIVO <input type="checkbox"/> CUSTODIO LEGAL <input type="checkbox"/> PADRE DE CRIANZA <input type="checkbox"/> OTRA COSA:				
INFORMACION DE LA CUENTA				
PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA			RELACION AL PACIENTE	
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
COMPANIA DEL SEGURO MEDICO		SUBSCRIPANTE	RELACION AL PACIENTE	

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA ACOMPLETANDO LA FORMA:

FECHA:





**SU HIJO(A) TIENE UNO(S) DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS MEDICAS?**

GENERAL/HORMONAL	SANGUIENA/ADENOPATIAS	CUTIS/PELO/UNAS	OIDOS/NARIZ GARGANTA	OJOS	MUSCULOS/HUEZOS ARTICULACIONES
<input type="checkbox"/> FATIGA <input type="checkbox"/> FIEBRE/ESCALOFRIOS <input type="checkbox"/> SUDOR DE NOCHE <input type="checkbox"/> SOFOCOS <input type="checkbox"/> INTOLERANCIA AL CALOR <input type="checkbox"/> INTOLERANCIA AL FRIO <input type="checkbox"/> CAMBIO DE PESO <input type="checkbox"/> CAMBIO DE APETITO <input type="checkbox"/> SED EXCESIVA <input type="checkbox"/> RONQUERA <input type="checkbox"/> CAMBIO DE VOZ <input type="checkbox"/> NINGUNA	<input type="checkbox"/> ANEMIA O HIERRO BAJO <input type="checkbox"/> SANGRADO ABNORMAL <input type="checkbox"/> LINFATICOS INFLAMADOS <input type="checkbox"/> MORETONES <input type="checkbox"/> NINGUNA	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE COLOR <input type="checkbox"/> CAMBIO DE LUNAR <input type="checkbox"/> COMEZON <input type="checkbox"/> IRITACION <input type="checkbox"/> RONCHAS <input type="checkbox"/> CRECIMIENTOS <input type="checkbox"/> CAMBIO DE PELO <input type="checkbox"/> CAMBIO DE UNAS <input type="checkbox"/> NINGUNA	<input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA <input type="checkbox"/> PERDIDA AUDITIVA <input type="checkbox"/> BOCA RESECA <input type="checkbox"/> MOQUERA <input type="checkbox"/> ULCERAS EN LA BOCA <input type="checkbox"/> ZUMBIDO EN LOS OIDOS <input type="checkbox"/> DOLOR EN LOS OIDOS <input type="checkbox"/> DOLOR EN LA NARIZ <input type="checkbox"/> DOLOR EN LA GARGANTA <input type="checkbox"/> ALTERACION DEL GUSTO <input type="checkbox"/> SANGRADO DE LA NARIZ <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SINUSITIS <input type="checkbox"/> SANGRADO DE LAS ENCIAS <input type="checkbox"/> NINGUNA	<input type="checkbox"/> PERDIDA DE LA VISION <input type="checkbox"/> LA VISION BOROSA <input type="checkbox"/> VISION DOBLE <input type="checkbox"/> FLOTADORES <input type="checkbox"/> DESTELLOS DE LUZ <input type="checkbox"/> LAGRIMANDO <input type="checkbox"/> OJOS RESECOS <input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD A LA LUZ <input type="checkbox"/> PARPADO CAIDO <input type="checkbox"/> ROJIZO <input type="checkbox"/> DRENAJE O LAGANA <input type="checkbox"/> COMEZON <input type="checkbox"/> DOLOR O INCOMODIDAD <input type="checkbox"/> LA VISION DISTORCIONADA <input type="checkbox"/> OTROS CAMBIOS DE LA VISION <input type="checkbox"/> NINGUNA	<input type="checkbox"/> DOLOR ARTICULAR <input type="checkbox"/> RIGIDEZ MUSCULAR <input type="checkbox"/> DEBILIDAD <input type="checkbox"/> CALAMBRES <input type="checkbox"/> PARALISIS <input type="checkbox"/> DIFICULTAD EN MOVER <input type="checkbox"/> RIGIDEZ DE LA ARTICULACION <input type="checkbox"/> ARTICULACIONES CALIENTES <input type="checkbox"/> DOLOR Y MALESTARES MUSCULARES <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE LA ESPALDA <input type="checkbox"/> NINGUNA
PULMONES	CORAZON	ESTOMAGO	RINONES VEJIGA/GENITALES	NEUROLOGICOS	PSIQUIATRICO
<input type="checkbox"/> TOZ <input type="checkbox"/> PRODUCCION DE ESPUTO <input type="checkbox"/> RESOLLAR <input type="checkbox"/> FALTA DE RESPIRACION <input type="checkbox"/> TOZ CON SANGRE <input type="checkbox"/> DOLOR EN LOS PULMONES <input type="checkbox"/> NINGUNA	<input type="checkbox"/> DOLOR DEL PECHO <input type="checkbox"/> MAREOS <input type="checkbox"/> DESMAYOS <input type="checkbox"/> SUDOR <input type="checkbox"/> PALPITACIONES <input type="checkbox"/> DOLOR EXTREMO <input type="checkbox"/> DOLOR DEL BRAZO O MANDIBULAR <input type="checkbox"/> INTOLERANCIA AL EJERCICIO <input type="checkbox"/> CAMBIOS DE LOS EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> NINGUNA	<input type="checkbox"/> ACIDEZ <input type="checkbox"/> DIAREA <input type="checkbox"/> CONSTIPACION <input type="checkbox"/> NAUSEA <input type="checkbox"/> VOMITOS <input type="checkbox"/> VOMITO CON SANGRE <input type="checkbox"/> SANGRE EL LAS HECES <input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA TRAGAR <input type="checkbox"/> INTOLERANCIA DE LA COMIDA <input type="checkbox"/> NINGUNA	<input type="checkbox"/> DOLOR AL ORINAR <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA <input type="checkbox"/> SANGRE EN LA ORINA <input type="checkbox"/> DOLOR DE RINON <input type="checkbox"/> DRENAJE GENITAL <input type="checkbox"/> ORINANDO EN LA NOCHE <input type="checkbox"/> ULCERAS EN LOS GENITALES <input type="checkbox"/> ORINACION FRECUENTE <input type="checkbox"/> NINGUNA	<input type="checkbox"/> MAREOS <input type="checkbox"/> FALTA DE SENSACION <input type="checkbox"/> HORMIGUEO O ARDOR <input type="checkbox"/> FALTA DE MEMORIA <input type="checkbox"/> NOQUEADO <input type="checkbox"/> DIFICULTAD EN CAMINAR <input type="checkbox"/> DISORIENTACION <input type="checkbox"/> PERDIDA DE LA VISION REPENTINA <input type="checkbox"/> NINGUNA	<input type="checkbox"/> DEPRESION <input type="checkbox"/> CAMBIO DE HUMOR <input type="checkbox"/> ALUCINACIONES <input type="checkbox"/> PESADILLAS <input type="checkbox"/> ANSIEDAD <input type="checkbox"/> CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO <input type="checkbox"/> NINGUNA

**FAMILIAR Y HISTORIA SOCIAL**

**ALGUNO DE SUS FAMILIARES CONSANGUINEOS (VIVOS O FALLECIDOS) TIENE ALGUNO DE LO SIGUIENTE?**

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	AMBLIOPIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ALTA PRESION
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS CON LA ANESTESIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CATARATAS EN LA NINEZ
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ARTHRITIS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDAD DEL RINON
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CEGUERA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	OJO PEREZOSO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	OJO CRUZADO O DESVIADO	<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	PROBLEMAS NEUROLOGICAS
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CANCER DEL OJO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	MUERTE TEMPRANA
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS DE LA RETINA
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS GENETICAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DERRAME CEREBRAL
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDAD DEL CORAZON	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PROBLEMAS DE LAS TIROIDES

**EVALUACION SOCIAL**

**INDIQUE TODOS LOS HERMANOS ABAJO**

NOMBRE	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD (SI TIENE)	NOMBRE	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD (SI TIENE)

**CON QUIEN CONVIVE SU HIJO(A) LA MAYORIA DEL TIEMPO?**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

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