SUMMIT EYECARE

Your vision is our focus!

Información del paciente

Apellido: _____

Primer nombre: _____

Patiente fecha de nacimiento: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____

Patiente's SSN: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono móvil: _____

Dirección de correo electrónicos: _____

Empleador/Empleadora: _____

Ocupación: _____

Nombre del cónyuge o de los padres: _____

Empleador del cónyuge o de los padres: _____

Información del seguro

Usted es responsable de proporcionar información de seguro actual y precisa para que se presente su reclamo de seguro. Nos complace ayudarlo a comprender sus beneficios.

Proveedor de seguro de la vista: _____

Nombre del suscriptor: _____

identificación de suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Proveedor de seguro médico: _____

Nombre del suscriptor: _____

identificación de suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Proveedor de seguros secundario: _____

Nombre del suscriptor: _____

identificación de suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Preguntas de estilo de vida

¿Cuál es tu idioma preferido? _____

¿Aceptas mensajes de texto? Si o No

Tú... (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Trabajar en una computadora? Con qué frecuencia? ____
- ☐ Tener interés en lentes más delgados y livianos?
- ☐ Pasar tiempo al aire libre? Con qué frecuencia? _____
- ☐ Tener gafas de sol?
- ☐ Prefiere no usar sus lentes?
- ☐ Quiere información sobre LASIK?
- ☐ Tienes más de un par de anteojos recetados?
- ☐ Tienes hijos?
- ☐ Tiene familiares que necesitan atención oftalmológica?

Tú... (indique la frecuencia y el tipo)

- ☐ Conducuces? _____
- ☐ Utilizas productos de tabaco? _____
- ☐ Beber alcohol? _____
- ☐ Usar drogas recreativas? _____

La información que proporcione en este formulario de historial es crítica tanto para la evaluación de su visión como para su salud. Completa AMBOS lados con total precisión.

Historial ocular del paciente

Fecha del último examen de la vista: _____

Nombre del doctor/de la doctora: _____

Te pones puesto? ☐Lentes ☐Contactos

Marca de contactos? _____

Solución utilizada? _____

¿Alguna vez ha experimentado, ha sido diagnosticado o tratado por alguno de los siguientes?

- ☐ Visión borrosa
- ☐ Catarata
- ☐ Ojo vago
- ☐ Infecciones oculares
- ☐ Destellos de luz
- ☐ Glaucoma
- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Picazón
- ☐ Ojo seco
- ☐ Ojos lloros
- ☐ Pérdida de la visión
- ☐ Descarga
- ☐ Orzuelo o Chalazión
- ☐ Sensibilidad a la luz
- ☐ Incendio
- ☐ Abrasión corneal
- ☐ Visión doble
- ☐ Herida de ojo
- ☐ Flotadoras/puntos
- ☐ Gravilla
- ☐ Iritis/ Uveitis
- ☐ Degeneración Macular
- ☐ Desprendimiento de retina
- ☐ Mala visión nocturna
- ☐ Fatiga ocular
- ☐ Sensación de cuerpo extraño
- ☐ Distorsión/ Halos
- ☐ Enrojecimiento

Historial médico del paciente

Proveedor de atención primaria: _____

Fecha del último examen físico: _____

Medicamentos Actuales (enumere todos los medicamentos recetados o de venta libre que usa, incluidas las gotas para los ojos, las vitaminas y el control de la natalidad):

_____

_____

Alergias (incluyendo alergias estacionales y a medicamentos):

_____

_____

¿Ha experimentado, ha sido diagnosticado o ha sido tratado por alguno de los siguientes

☐ Alergias	☐ Desorden endocrino	☐ Estreñimiento	☐ Esclerosis múltiple
☐ Enfermedad cardiovascular	☐ Enfermedad de Crohn	☐ Trastorno genitourinario	☐ Lesion cerebral
☐ Alta presión sanguínea	☐ Trastorno de la tiroides	☐ Desorden sanguineo	☐ Epilepsia
☐ Colesterol alto	☐ Diabetes	☐ Anemia	☐ Desorden psiquiátrico
☐ Derrame cerebral	☐ Hipoglucemia	☐ Trastorno de la piel	☐ Trastorno de atención
☐ Arritmia cardíaca	☐ Trastorno pituitario	☐ Rosácea/Rosáceo	☐ Depresión
☐ Desorden Constitucional	☐ Enfermedad renal	☐ Eczema	☐ Autismo
☐ Fiebre	☐ Gota	☐ Trastorno musculoesquelétic	☐ Demencia
☐ Escalofríos	☐ Enfermedad gastrointestinal	☐ Artritis	☐ Enfermedad respiratoria
☐ Pérdida de peso/Ganar	☐ Náuseas	☐ Músculo/Articulación Dol	☐ Asma
☐ Fatiga	☐ Vómitos	☐ Desorden neurológico	☐ Bronquitis
☐ Cáncer	☐ Diarrea	☐ Dolor de cabeza	☐ EPOC/ Enfisema

Use el espacio a continuación para explicar cualquier condición marcada arriba o cualquier condición no listada que pueda tener: _____

_____

Cirugías (enumere todas las cirugías sistémicas y oculares que haya tenido:

_____

_____

Médico Familiar/ Historia de los ojos

¿Existe un historial de alguna de las siguientes condiciones en su familia? (por favor enumere la relación)?

☐ Ceguera _____	☐ Diabetes _____
☐ Cataratas _____	☐ Enfermedad cardiovascular _____
☐ Problemas de la córnea _____	☐ Presion arterial alta _____
☐ Glaucoma _____	☐ Enfermedad renal _____
☐ Ojo vago _____	☐ Lupus _____
☐ Degeneración Macular _____	☐ Enfermedad de tiroides _____
☐ Problemas de la retina _____	☐ Cáncer _____
☐ Otra/Otro: _____	☐ Artritis _____

Afirmo que la información que proporcioné en este formulario de historial del paciente es precisa según mi leal saber y entender.

Firma: _____ Fecha: _____

Muchas gracias por confiar en Summit Eyecare con sus necesidades de cuidado

¿Cuál de nuestras ubicaciones visitó hoy?

Idaho Falls/ Merlin	Idaho Falls/ Pancheri	Pocatello	St. Anthony	Rexburg

¿Fue derivada por una/derivado por un paciente de Summit Eyecare? Si o No

En caso afirmativo, a quien podemos agradecer por recomendarte? _____

Donde has aprendido de nosotras/nosotros? (Select all that apply)

- ☐ Google
- ☐ Facebook
- ☐ Sitio web
- ☐ YouTube
- ☐ Signo de construcción
- ☐ Anuncio de automóvil
- ☐ Otra/Otro:

  Por favor explique: _____

¿Fue referido por su compañía de seguranca? Si o No

Si es referido por su compañía de seguros, háganos saber qué seguro tiene.

- ☐ Nombre:_____

¿Visitaste nuestro sitio web antes de llamarnos? Si o No

_____

_____

_____

_____