



### Información del paciente

### Información del seguro

|                                              |                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apellido: _____                              | 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. |
| Primer nombre: _____                         |                                                                                                                                                                           |
| Paciente fecha de nacimiento: _____ M / F    | <b>Proveedor de seguro de la vista:</b> _____                                                                                                                             |
| Raza: _____ Etnicidad: _____                 | Nombre del suscriptor: _____                                                                                                                                              |
| Paciente's SSN: _____                        | identificación de suscriptor: _____                                                                                                                                       |
| Dirección: _____                             | Fecha de nacimiento del suscriptor: _____                                                                                                                                 |
| Ciudad: _____ Estado: _____                  | <b>Proveedor de seguro médico:</b> _____                                                                                                                                  |
| Código postal: _____                         | Nombre del suscriptor: _____                                                                                                                                              |
| Teléfono de casa: _____                      | identificación de suscriptor: _____                                                                                                                                       |
| Teléfono del trabajo: _____                  | Fecha de nacimiento del suscriptor: _____                                                                                                                                 |
| Teléfono móvil: _____                        | <b>Proveedor de seguros secundario:</b> _____                                                                                                                             |
| Dirección de correo electrónicos: _____      | Nombre del suscriptor: _____                                                                                                                                              |
| Empleador/Empleadora: _____                  | identificación de suscriptor: _____                                                                                                                                       |
| Ocupación: _____                             | Fecha de nacimiento del suscriptor: _____                                                                                                                                 |
| Nombre del cónyuge o de los padres: _____    |                                                                                                                                                                           |
| Empleador del cónyuge o de los padres: _____ |                                                                                                                                                                           |

### Preguntas de estilo de vida

### Historial ocular del paciente

|                                                        |                                                                                             |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es tu idioma preferido? _____                    | Fecha del último examen de la vista: _____                                                  |
| ¿Aceptas mensajes de texto? Si o No                    | Nombre del doctor/de la doctora: _____                                                      |
| Tú... (marque todo lo que corresponda)                 | Te pones puesto?      Lentes      Contactos                                                 |
| Trabajar en una computadora? Con qué frecuencia? _____ | Marca de contactos? _____                                                                   |
| Tener interés en lentes más delgados y livianos?       | Solución utilizada? _____                                                                   |
| Pasar tiempo al aire libre? Con qué frecuencia? _____  | ¿Alguna vez ha experimentado, ha sido diagnosticado o tratado por alguno de los siguientes? |
| Tener gafas de sol?                                    | Visión borrosa      Incendio                                                                |
| Prefiere no usar sus lentes?                           | Catarata      Abrasión corneal                                                              |
| Quiere información sobre LASIK?                        | Ojo vago      Visión doble                                                                  |
| Tienes más de un par de anteojos recetados?            | Infecciones oculares      Herida de ojo                                                     |
| Tienes hijos?                                          | Destellos de luz      Flotadoras/puntos                                                     |
| Tiene familiares que necesitan atención oftalmológica? | Glaucoma      Gravilla                                                                      |
| Tú... (indique la frecuencia y el tipo)                | Dolor de cabeza      Iritis/ Uveitis                                                        |
| Conducuces? _____                                      | Picazón      Degeneración Macular                                                           |
| Utilizas productos de tabaco? _____                    | Ojo seco      Desprendimiento de retina                                                     |
| Beber alcohol? _____                                   | Ojos lloros      Mala visión nocturna                                                       |
| 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.

Pérdida de la visión

Fatiga ocular

Descarga

Sensación de cuerpo extraño

Orzuelo o Chalazión

Distorsión/ Halos

Sensibilidad a la luz

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 sanguíneo        | 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 musculoesquelét | Demencia                |
| Escalofríos               | Enfermedad gastrointestinal | Artritis                  | Enfermedad respiratoria |
| Pérdida de peso/Ganar     | Náuseas                     | Músculo/Articulación Dc   | 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 de la vista. Esperamos brindarle una excelente experiencia. Tómese un momento para completar dónde ha oído hablar de nosotros para que podamos agradecerles por su visita..

¿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 seguridad? 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

---

---

---

---