



Patient Information

¿Cómo escuchó acerca de nosotros?

- Paciente de Dr.Crosby
- Búsqueda en Internet
- Paciente previo de Dr. Evans
- Dr. \_\_\_\_\_ Refirió
- Co. de seguro
- Miembro del personal \_\_\_\_\_
- Otro paciente \_\_\_\_\_
- Cartelera
- Otro \_\_\_\_\_

Prefijo (circule uno) Sr. Sra. Srta. Dr.

Numeros de Telefono

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

Sufijo (Jr., Sr., III, etc.) \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Apodo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Género (circle one) Masculino Femenino Correo electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
SSN \_\_\_\_\_  
Usted nos autoriza a dejarle mensajes de texto o dejarle un mensaje en los números anteriores o correo electrónico a menos que se indique aquí:

Nombre de soltera/Anterior \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Codigo Postal \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Es alguien que no sea el paciente responsable de la factura (como un padre)  Si  No

Opta fuera de no recibir recordatorios de citas automatizadas

Si marcó sí, nombre \_\_\_\_\_

Doctor de cuidado Primario \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Menor

Dirección \_\_\_\_\_

¿Eres Hispano o Latino?  Si  No

\_\_\_\_\_

Lenguaje  Inglés  Español  \_\_\_\_\_

**Es el PACIENTE?**

- Empleado    Estudiante de tiempo completo    Ama de casa    Estudiante de medio tiempo    Jubilado  
 Desempleado

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

*Por favor proporcione sus tarjetas de seguro al registrarse.*

Seguro Médico Primario \_\_\_\_\_

Seguro Médico Secundario \_\_\_\_\_

Seguro de la Vista \_\_\_\_\_

Se lesionó en el trabajo  Si  No      Si marcó si, fecha de la lesión \_\_\_\_\_

Reportó la lesión a su empleador  Si  No

**Autorización y Asignamiento:**

Yo autorizo a Georgia Eye, LLC a divulgar registros médicos a cualquier compañía de seguros con la que tenga beneficios médicos o de la vista o a mi empleador, con el fin de representar reclamos médicos. También autorizo a cualquier médico, hospital o clínica a proporcionar la información médica requerida en el curso de mi examen o tratamiento. Yo doy mi consentimiento para que los médicos de Georgia Eye, LLC obtengan el historial de recetas de fuentes externas.

Yo doy mi consentimiento para el tratamiento médico para mi o el paciente de quien soy padre o representante legalmente autorizado.

El seguro usado/enviado como cortesía. Es responsabilidad del paciente/tutor asegurarse de que se paguen todas las facturas. Todos los copagos, deducibles, y coseguros deben ser pagados al momento de los servicios. Los estimados de cirugía deben ser pagados una semana antes de la cirugía.

Asignación de pago de beneficios: Yo autorizo a mi plan de seguro médico a pagar directamente a Georgia Eye. Yo entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cargo no cubierto. Si soy paciente que paga por cuenta propia, entiendo que soy responsable de todos los cargos en su totalidad en el momento del servicio. Yo he leído y comprendido los términos y condiciones de la política financiera efectivo a partir del 1/2/2020.

Yo reconozco que he recibido el aviso de prácticas de privacidad y el aviso de derechos individuales. Georgia Eye puede divulgar información a las siguientes personas (la primera persona también debe ser su contacto de emergencia):

Nombre	Relación	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## RECORD DEL HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

**Nombre del paciente**

**Sexo**

**Edad**

Gracias por elegir nuestra oficina para su cuidado de ojos. Para servirle mejor, por favor conteste las siguientes preguntas:

### HISTORIAL DE OJOS

1. Usted usa lentes? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_
2. Usted usa lentes de contacto? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_
3. Usted tiene problemas leyendo? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_
4. Actualmente tiene algún síntoma en sus ojos? Circule todo lo que aplica:

Dolor en los ojos      Vision borrosa      Costras en los párpados      Destellos de luz

Halos      Flotadores      Secreción      Sensibilidad a la luz      Disminución de la vista

5. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en su ojo? Por favor describa: \_\_\_\_\_
6. ¿Alguna vez ha tenido cirugía en sus ojos? Por favor liste el tipo, cual ojo, y fechas aproximadas: \_\_\_\_\_

### Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de su estatus médico e historial:

1. ¿Alguna vez ha sido tratado por alguna condición médica (ejemplo: diabetes, presión alta, artritis, etc.) **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ Si si, por favor explique: \_\_\_\_\_

2. ¿Alguna vez ha tenido enfermedades en los ojos (ejemplo: glaucoma, cataratas, ojo desviado, o ojo vago, desprendimiento de retina)? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ Si si, por favor explique: \_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ Si si, por favor provea la fecha y razón: \_\_\_\_\_

4. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ Si si, por favor provea la fecha y razón: \_\_\_\_\_

5. ¿Usted toma ALGÚN medicamento? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ Si si, por favor liste: \_\_\_\_\_

6. ¿Usted tiene alguna alergia a medicamentos o comida? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ Si si, por favor liste: \_\_\_\_\_

7. Usted tiene MRSA o lo ha tenido en el pasado? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_

8. Usted tiene un desfibrilador? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_

9. Usted está en diálisis? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_

10. Usted usa máquina de oxígeno? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_

11. Usted tiene un marcapasos? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_

12. Usted tiene insuficiencia o enfermedad renal? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_

13. Usted tiene insuficiencia hepática? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_

14. Usted ha tenido un ataque cardíaco o un stent/endoprótesis en los últimos 6 meses o en el pasado? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_

### HISTORIAL FAMILIAR Y SOCIAL

¿Alguna enfermedad médica o en sus ojos corre en su familia? (ejemplo: diabetes, presión alta, cáncer, glaucoma, degeneración macular)? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ Si si, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Usted fuma? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ Si si, cuanto? \_\_\_\_\_

Usted consume alcohol? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ Si si, cuanto? \_\_\_\_\_

Usted consume o ha consumido alguna vez drogas recreativas? **Si** \_\_\_ **No** \_\_\_ Si marcó sí, por favor explique el tipo y cuando: \_\_\_\_\_

Si tiene empleo, cuántas horas trabaja a la semana? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**