

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

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
Calle Cuidad Estado Código Postal

TEL: (CASA): \_\_\_\_\_ (TRABAJO): \_\_\_\_\_ (CELULAR): \_\_\_\_\_

TELEFONO DE MENSAJE: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_ M/F SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:  Soltero  Casado  Viuda  Divorciado

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ PERSONA DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
Calle Cuidad Estado Código Postal

Medico Familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre de Cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_

¿Quién le refiero? \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

(O.D., M.D., Amigo, Otro)

¿Quién debemos avisar en caso de una emergencia (pariente o amigo)?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Hay alguien involucrado en su cuidado medico(como su esposo, hijo, enfermera o amigo) **que usted desee** tener acceso a su información medica? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_ . Si quieres esto, esta persona debe ser notado abajo, junto con una forma de identificación personal para confirmar la identidad de estas personas si se ponen en contacto con nosotros. (por ejemplo: fecha de nacimiento)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Me ha dado la oportunidad de leer la notificación de Natural Vision™'s **Practica de Privacidad.**

Firma de paciente (o padre del menor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por Favor llena la 2 pagina (otra lado)

**Por favor llena esta sección si el paciente es menor de 18 años:**

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel de Trabajo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Nombre de Madre: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel de Trabajo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

**POR FAVOR DANOS UNA COPIA DE SUS TRAJETAS DE ASEGURANZA Y UNA  
COMPROBANTE DE IDENTIDAD CON FOTO**

**ASIGNACION Y ACUERDO FINANCIERA:**

1. Por favor recuerde que los seguros médicos son considerados como medios de reembolso por los gastos pagado al doctor y no es un sustituto de pago. Algunas compañías pagan una cantidad fija por un procedimiento y otras pagan una porcentaje del cobro. **Es su responsabilidad pagar cualquier deducible co-seguro, o cualquier balance no pagado por su seguro .**
2. Para controlar los gastos de mandar cobros, le pedimos que todas los gastos por las consultas sean pagado al concluir la cita, al menos que usted tiene Medicare como su seguro.
3. Pido que los pagos de Medicare y /o beneficio de seguro autorizado se realiza a mi beneficio por los servicios recibidos Autorizo que cualquier poseedor de mi información medica personal lo libere a la gerencia del Health Care Financing Administration, sus agentes o cualquier seguro medico que tengo o cualquier información necesaria para determinar estos beneficios a o los beneficios pagables por los servicios realizados.
4. Esta asignación permanecerá vigente hasta ser revocada personalmente por mi en escrito Un a fotocopia de esta asignación es tan valida como una original. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cobros sean pagado o no pagado por mi hacejeraza. Autorizo las personas asignadas proveer toda la información necesaria para asegurar la paga.

**Firma de paciente** (o padre del menor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## HISTORIA OCULAR

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Gracias por elegir a Natural Vision™ para su salud y cuidado visual. Para servirle mejor, conteste las siguientes preguntas.**

1. ¿Usa lentes?  Sí  No
2. ¿Usa lentes de contacto?  Sí  No
3. ¿Tiene problemas para leer o ver cosas cercanas?  Sí  No
4. ¿Tiene algunos de los siguientes síntomas? Indique todos los que aplican.  
 dolor del ojo  visión borrosa  párpados costrosos  destellos de luz  aureolas  
 lagañas  sensibilidad a la luz  visión doble  visión disminuida  flotantes
5. ¿Ha tenido alguna lesión del ojo? Descríbalo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Ha tenido alguna cirugía del ojo? Indique que tipo, cuál ojo, y cuándo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ D/I \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ D/I \_\_\_\_\_
7. ¿Está usando alguna medicina del ojo? Indique cuáles y que tan seguido las usa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. ¿Está bajo tratamiento por alguna de las siguientes condiciones médicas?  
 diabetes  alta presión  enfermedad del corazón  colesterol  
 derrame cerebral  artritis  otra enfermedad \_\_\_\_\_
9. ¿Es usted positivo para el VIH ó Hepatitis?  Sí  No
10. ¿Cuáles medicinas está usando? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. ¿Tiene alergias de algunas medicinas? ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. ¿Existe una historia familiar de problemas del ojo? ¿Cuáles son y por parte de quién?  
 glaucoma \_\_\_\_\_  catarata \_\_\_\_\_  
 problema retinal \_\_\_\_\_  degeneración macular \_\_\_\_\_
13. Usted fuma?  Sí  No. ¿Por cuanto tiempo?: \_\_\_\_\_ ¿Cuanto fuma?: \_\_\_\_\_