

# SOUTHWEST EYE INSTITUTE

## Información de Paciente Nuevo

Información  
Personal

Por favor  
use Letra de  
Molde



Nombre _____	Fecha _____
Fecha de Nac. ____/____/____	Edad ____ F/M ____ # de Seguro Social _____
Dirección _____	Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono: Casa (____) _____	Celular (____) _____
Email: _____	
Lugar de Empleo _____	Ocupación _____
Dirección _____ Teléfono (____) _____	
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a
Nom. de Esposo/a _____	Lugar de Empleo _____
Esposo/a fecha de Nac. ____/____/____	Dirección _____

Complete si  
tiene 18  
años de  
edad o es  
estudiante



Nom de Padre: _____	Fecha de Nac. ____/____/____
Lugar de Empleo: _____	Dirección: _____
Teléfono: Casa (____) _____	Celular (____) _____
Nom. de Madre: _____	Fecha de Nac. ____/____/____
Lugar de Empleo: _____	Dirección: _____
Teléfono: Casa (____) _____	Celular (____) _____

Farmacia



Nom. de Farmacia _____	Dirección: _____
------------------------	------------------

Medico



Medico Primario _____	Dirección: _____
-----------------------	------------------

Información  
de referencia



Referido por: <input type="checkbox"/> Amigo/Pariente _____	<input type="checkbox"/> Doctor _____
<small>Nombre</small>	<small>Nombre</small>
<input type="checkbox"/> Paginas Amarillas	<input type="checkbox"/> Otro _____

Contacto de  
Emergencia



A quien notificamos en caso de emergencia (pariente más cercano o amigo)?	
Nombre _____	Relación: _____
Dirección _____	Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono: Casa (____) _____	Celular (____) _____

Favor de Voltear



Favor de Voltear



Favor de Voltear



Autorización Para Dar a Conocer Información Confidencial: Al firmar esta forma, autorizo al consultorio del Southwest Eye Institute a revelar información y archivos médicos acerca de mi estado de salud, y tratamientos médicos y quirúrgicos, a mis otros proveedores de salud y compañías de seguros.

Consentimiento Para Ser Fotografiado: Entiendo que como parte de mi examen médico hoy y en el futuro puedo ser fotografiado para mi expediente médico, para propósitos de diagnóstico, verificación de seguro, educación y/o propósitos de investigación. Al firmar esta forma, autorizo al Southwest Eye Institute a tomar fotografías para los propósitos arriba mencionados en mi consulta de hoy y en mis consultas en el futuro.

Información Acerca de Gotas Dilatantes Para Ojos: Las gotas dilatantes para ojos, son usadas para dilatar o agrandar las pupilas del ojo para permitir que el doctor tenga una mejor visión de la parte interior de sus ojos. Frecuentemente las gotas dilatantes hacen que su vista sea borrosa por un período de tiempo que varía de persona a persona, y pueden hacer que le moleste los luces. No es posible predecir que tanto será afectada su vista. Manejar después del examen de sus ojos puede ser difícil. Se le aconseja que no maneje en las siguientes 24 horas después del examen de sus ojos. También, tenga precaución al caminar porque puede ser difícil ver o fijarse en lugares de peligro. Reacciones adversas como problemas severos de glaucoma, pueden desencadenarse con las gotas dilatantes. Esto es extremadamente raro y usualmente tratable con inmediata atención médica. Al firmar esta forma, autorizo los doctores y/o los asistentes a administrarme gotas dilatantes para ojos.

Información Acerca de Precio de Refracción: Entiendo que el pago por la refracción (prescripción de anteojos) que es parte de un completo examen de la vista, generalmente no es cubierta por mi seguro médico y el pago de éste examen es mi responsabilidad. Normalmente el costo de este servicio es de \$35.00.

Acuerdo de obligaciones financieras: Por favor recuerde que el Seguro Médico es únicamente un método de reembolso al paciente por cuotas pagadas al Doctor, pero no es sustituto de pago. Algunas compañías pagan cuotas fijas para ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del costo. Pero es su responsabilidad pagar cualquier otro balance no pagado por su seguro médico. Para controlar el costo de sus cobros, se requiere que pague el costo de su consulta cada visita. Recuerde que el banco cobra \$25.00 por cada cheque regresado sin pagar.

Los pagos que autoricen Medicare o mi seguro médico, deben ser acreditados a la cuenta al Southwest Eye Institute a mi nombre, para cubrir cualquier servicio que se haya otorgado. Doy mi autorización para que se dé información médica a Health Care Financing Administration, a sus agentes, o a cualquier compañía de seguros a la que yo pudiera pertenecer, cuando esta información se necesite para determinar los beneficios o pagos por los servicios.

Esta autorización permanecerá activa hasta que sea anulada por escrito por mí. Copias de esta autorización se consideran tan válida como el documento original. Entiendo que yo soy el responsable por los pagos que no sean cubiertos por mi compañía de seguros.

Al firmar este documento, reconozco haber leído y recibido una copia de la Notificación de Prácticas Privadas del Southwest Eye Institute.

\_\_\_\_\_  
Paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo de su visita? \_\_\_\_\_

Cual es su problema de salud?	Medicinas que toma

**Si la respuesta es "Si" explique:**

	Si	No	
<b>1. Es alergico (a) a alguna medicina?</b>	Si	No	
<b>2. Físico</b> (fiebre, pérdida de peso, etc.)	Si	No	
<b>3. Ojos</b> (glaucoma, cataratas, problemas de retina, vista cansada, otros)	Si	No	
<b>4. Oídos/Nariz/Garganta</b> (perdida del oído, sinusitis, dolor de garganta)	Si	No	
<b>5. Cardiovascular</b> (problemas del corazón, dolor de pecho, palpitaciones)	Si	No	
<b>6. Problemas Respiratorios</b> (asma, falta de respiración, toz, etc.)	Si	No	
<b>7. Gastrointestinal</b> (agruras, dolor abdominal, diarrea, vomito, etc.)	Si	No	
<b>8. Genitourinario</b> (problemas para orinar, sangre en la orina, etc.)	Si	No	
<b>9. Piel</b> (ardor en la piel, resequeidad excesiva)	Si	No	
<b>10. Musculos/Huesos</b> (dolor muscular, dolor o inflamación en coyunturas)	Si	No	
<b>11. Neurológico</b> (adormecimiento, debilidad, Dolores de cabeza, paralysis)	Si	No	
<b>12. Hematológico/Linfático</b> (desorden en la sangre, leukemia)	Si	No	
<b>13. Alergias/ Immunológico</b> (fiebre de heno, alergias al clima)	Si	No	
<b>14. Endocrino</b> (problemas con la tiroide)	Si	No	
<b>15. Psiquiátrico</b> (depression, ansiedad)	Si	No	

Alguna enfermedad en la familia medica o de los ojos? Si es asi, cual es?

Glaucoma    Desprendimiento retinal    Degeneracion Macular    Diabetes    Alta Presion  
Otra (por favor especifique): \_\_\_\_\_

Usted fuma?    \_\_\_\_ SI    \_\_\_\_ NO (si contesta "SI" que tanto? \_\_\_\_\_)

Toma Alcohol?    \_\_\_\_ SI    \_\_\_\_ NO (si contesta "SI" que tanto? \_\_\_\_\_)

Usa drogas?    \_\_\_\_ SI    \_\_\_\_ NO (si contesta "SI" que tanto? \_\_\_\_\_)

Cuales son sus pasatiempos favoritos? \_\_\_\_\_