

eye STUDIO

Tel: (619) 521 - 2020 • Fax: (619) 521 - 2025

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA ____/____/____

FECHA NACIMIENTO ____/____/____ EDAD _____ SSN # _____ SEXO: M F

ESTADO CIVIL: Soltero Casado Divorciado/Separado Viudo TEL CEL () _____

DIRECCION _____ TEL CASA () _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____ DIR. ELECTRONICA _____

EMPLEADOR _____ TEL. TRABAJO () _____

OCUPACION _____ TRABAJA CON COMPUTADORAS? SI / NO. _____ HRS POR DIA _____

EN CASO DE EMERGENCIA _____ TELEFONO () _____

FECHA DEL ULTIMO EXAMEN DE LA VISTA _____ NOMBRE DEL DR. _____ # TELEFONICO _____

FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO _____ NOMBRE DEL DR. _____ # TELEFONICO _____

PROPOSITO DE LA VISITA DE HOY _____

AFICIONES / DEPORTES / DEMANDA ESPECIAL DE LA VISTA _____

USA ANTEOJOS? SI / NO PARA DISTANCIA / CERCA / COMPUTADORA CUANTOS ANOS TIENE CON ELLOS? _____

USA LENTES DE CONTACTO? SI / NO ESTA INTERESADO EN USAR LENTES DE CONTACTO SI / NO () TIEMPO COMPLETO () OCACIONALMENTE

ESTA USTED INTERESADO EN LENTES DE CONTACTO QUE CORRIGE SU VISTA MIENTRAS DUERME? Y / N

HA TENIDO CIRUGIA REFRACTIVA? SI / NO ESTA INTERESADO EN EL PROCEDIMIENTO? SI / NO

INFORMACION DE ASEGURANZA

ASEGURANZA PRIMARIA _____ DIRECCION _____

TITULAR DE LA POLIZA _____ # DE POLIZA _____

ASEGURANZA PRIMARIA _____ DIRECCION _____

TITULAR DE LA POLIZA _____ # DE POLIZA _____

YO AUTORIZO LA ENTREGA DE CUALQUIER INFORMACION INCLUYENDO EL DIAGNOSTICO Y/O ARCHIVOS DE CUALQUIER TRATAMIENTO O EXAMEN PRESTADOS A MI O MI HIJO DURANTE EL PERIODO DE ESTOS CUIDADOS A TERCERAS PERSONAS O A ALGUN PROFESIONAL DE SALUD.

YO ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSIBLE POR TODOS LOS CARGOS SEAN O NO CUBIERTOS POR EL SEGURO, COMPENSACION AL TRABAJADOR O DE UN TERCERO PAGADOR.

YO AUTORIZO Y SOLICITO A MI COMPANIA DE ASEGURANZA Y/O BENEFICIOS DEL GOBIERNO PARA PAGAR DIRECTAMENTE AL MEDICO O AL SEGURO MEDICO DEL GRUPO DE BENEFICIOS PAGADERO A MI.

YO DOI PERMISO A EYE STUDIO OPTOMETRIST INC. PARA ADMINISTRAR Y TRATAR CON LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE CONSIDEREN NECESARIOS EN EL DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE MIS OJOS.

FIRMA _____

FECHA _____

eye STUDIO

Tel: (619) 521 - 2020 • Fax: (619) 521 - 2025

HISTORIAL FAMILIAR DE SALUD VERIFICA SI ALGUN PARIENTE TIENE O HA TENIDO LO SIGUIENTE

CATARATAS _____ GLAUCOMA _____ CEGUERA _____ DEGENERACION MACULAR _____ DESPRENDIMIENTO DE RETINA _____
DIABETES _____ ALTA PRECION _____ ENFERMEDAD DEL CORAZON _____ ARTRITIS _____ TIROIDES _____ CANCER _____
ANEMIA _____

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE ACTUALMENTE O ALGUNA VEZ HA TENIDO PROBLEMAS EN LAS SIGUIENTES AREAS?

	NO	YES		NO	YES
CARDIOVASCULAR			EYES		
ALTA PRESION	_____	_____	ALERGIAS	_____	_____
PROBLEMAS DEL CORAZON	_____	_____	GLAUCOMA	_____	_____
NEUROLOGICO			CATARATAS	_____	_____
DOLOR DE CABEZA	_____	_____	LESIONES EN LOS OJOS/CIRUGIAS	_____	_____
MIGRANAS	_____	_____	PROBLEMAS EN LA RETINA	_____	_____
EPILEPSIA	_____	_____	VISION BORROSA DE CERCA	_____	_____
RESPIRATORIOS			VISON BORROSA DE LEJOS	_____	_____
ASTMA	_____	_____	SENSIBILIDAD A LA LUZ	_____	_____
HEMATOLOGICOS/LYMATICOS			VISION DOBLE	_____	_____
ANEMIA	_____	_____	DESECHO MUCUOSO	_____	_____
PROBLEMAS DE SANGRADO	_____	_____	RESEQUEDAD	_____	_____
OIDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA			ENROJECIMIENTO	_____	_____
ALERGIAS	_____	_____	SENSACION DE OBJETOS EXTRANOS	_____	_____
FIEBRE DE HENO	_____	_____	TERAPIA VISUAL	_____	_____
CONGESTION NASAL	_____	_____	PICAZON	_____	_____
HUESOS, ARTICUACIONES, MUSCULOS			ARDOR	_____	_____
ARTRITIS REUMATICA	_____	_____	LAGRIMEO EXCESIVO	_____	_____
PSIQUIATRICOS			DOLOR EN EL OJO	_____	_____
INTEGUMENTARIOS (PIEL)			INFECCION CRONICA EN EL PARPADO	_____	_____
ENDOCRINOS			FLOTADORES	_____	_____
TIROIDES/OTRAS GLANDULAS	_____	_____	HISTORIAL DE OJO PARCHADO	_____	_____
DIABETES	_____	_____			

SI CONTESTO SI A CUALQUIERA DE LA ANTERIORES O SI TIENE UNA CONDICION QUE NO FIGURAN EN LA LISTA EXPLIQUE: _____

HA TENIDO UNA CIRUJIA RECIENTE? SI / NO EXPLIQUE _____

MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS SI / NO _____

HISTORIAL SOCIAL: ESTA INFORMACION ES GUARDADA ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

USTED MANEJA? SI / NO. TIENE UNA DIFICULTAD AL MANEJAR SI / NO EXPLIQUE: _____

FUMA? SI / NO TOMA ALCOHOL? SI / NO TOMA OTRO TIPO DE SUSTANCIAS? SI / NO

Receipt of Notice of Privacy Policies & Consent Form



LESLIE CHEN, O.D.

4475 UNIVERSITY AVE., SAN DIEGO, CA 92105

Tel: (619) 521 - 2020

In the course of providing service to you, we create, receive and store health information that identifies you. It is often necessary to use and disclose this health information in order to treat you, to obtain payment for our services and to conduct health care operations involving our office.

The **Notice of Privacy Practices** you have been given describes these uses and disclosures in detail. You are free to refer to this notice at any time before you sign this form. As described in our **Notice of Privacy Practices**, the use and disclosure of your health information for treatment purposes not only includes care and service provide here, but also disclosures of your health information as may be necessary or appropriate for you to receive follow-up care from another health professional. Similarly, the use and disclosure of your health information for purposes of payment includes (1) our submission of your health information to a billing agent or vendor for processing claims or obtaining payment; (2) our submission of claims to third-party payers or insurers for claims review, determination of benefits and payment; (3) our submission of your health information to auditors hired by third-party payers and insurers; (4) other aspects of payment described in our **Notice of Privacy Practices**. Our **Notice of Privacy Practices** will be updated whenever our privacy practices change. You can get an updated copy here at the office.

When you sign this consent document, you signify that you agree that we can and will use and disclose your health information to treat you, to obtain payment for our services and to perform healthcare operations. You also signify that you have received a copy of our **Notice of Privacy Practices**.

You have the right to ask us to restrict the uses or disclosures made for purpose of treatment, payment or healthcare operations, but as described in our **Notice of Privacy Practices**, we are not obliged to agree to these suggested restrictions. If we do agree, however, the restrictions are binding on us. Our **Notice of Privacy Practices** describes how to ask for a restriction.

I have read this document and understand it. I consent to the use and disclosure of my health information for purpose of treatment, payment, and healthcare operations. I acknowledge that I have received the **Notice of Privacy Practices** from EYE STUDIO.

SIGNATURE _____ DATE _____

if signing as a personal representative of the patient, describe the relationship to the patient and the source of authority to sign this form:

_____ Relationship to Patient _____ Print Name

Source of Authority: _____