

FLORIDA RETINA AND VITREOUS CENTER, P.A. - ACCOUNT INFORMATION (Por favor escriba)

EXPEDIENTE# _____ FECHA _____ NOMBRE DE DOCTOR: ROBERT KRAUT

NOMBRE _____

GENERO _____ APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDA INICIAL _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ #SEGURO SOCIAL _____

TELEFONO DE CASA # () _____ CELL#() _____ TRABAJO#() _____
CODIGO DE AREA CODIGO DE AREA CODIGO DE AREA

DIRECCION _____ CALLE _____ APT# _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTA _____

EMPLEADOR _____

DIRECCION _____ CALLE _____ APT# _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

REFERIDO POR: _____
DR. _____ CIUDAD _____ TELEPH# _____

NOMBRE DEL DOCTOR GENERAL:

NOMBRE _____ CIUDAD _____

NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA RESPONSABLE _____

ESTAS AQUI POR UNA SEGUNDA OPINION? SI NO

SEGURO:

SEGURO PRIMARIO _____ SEGURO SECUNDARIO _____

ASEGURADO PRINCIPAL _____ ASEGURADO PRINCIPAL _____

SEG. SOC. ASEGURADO PRINCIPAL _____ #SEG. SOC. ASEGURADO PRINCIPAL _____

NUMERO DE POLIZA _____ NUMERO DE POLIZA _____

DE GRUPO _____ # DE GRUPO _____

DIRECCION _____ DIRECCION _____

QUE RELACION TIENE CON EL ASEGURADO PRINCIPAL? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: (OTRO NUMERO DE TELEFONO DIFERENTE AL DE LA CASA)

NOMBRE _____ TELEFONO () _____ RELACION _____

RECOMENDADO POR:

AMIGO/PARIENTE: NOMBRE _____ DIRECCION _____

OTRO: TELEVISION RADIO PERIODICO SEMINARIO

AUTORIZACION DE SEGURO SIN LIMITE:

MEDICARE

Yo solicito que los pagos autorizados por Medicare y los beneficios de seguro complementarios sean hechos/pagados a mí ó por mi parte por cualquier servicio rendido por Florida Retina and Vitreous Center, P.A.

Yo autorizo la emisión de cualquier persona poseedora de documentos médicos ó otra información acerca de mí; que los emita a la Administración del Cuidado de Salud Financiera y a sus agentes cualquier información necesitada para determinar los beneficios por servicios relativos.

FIRMA _____ FECHA _____

OTRO SEGURO

Yo autorizo la emisión de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo y los reclamos relacionados y designar los beneficios de seguro directamente a Florida Retina & Vitreous Center, P.A., la cantidad que sedeba por gastar médicos rendidos en Florida Retina & Vitreous Center, P.A. bajo los términos de mi compañía de seguro de salud.

Yo consiento que cualquier saldo no cubierto por mí seguro será pagado por mí y las fotocopias de esta forma serán validas como la original.

FIRMA _____ FECHA _____ **VEA EL REVERSO**

POR FAVOR TRAER ESTA FORMA EL DIA DE SU CITA

HISTORIA MEDICA Y SOCIAL

FECHA _____ NOMBRE _____

CUAL ES SU ESTADO MARITAL? Soltero Casado Divorciado Viudo

POR FAVOR MARQUE "SÍ" O "NO" A LO SIGUIENTE

Alguna vez a fumado? Sí No Por Cuanto Tiempo? _____ Cuando dejo de fumar? _____

Alcohol Sí No Usa drogas sociales Sí No Cafeina Si No

1. Diabetes <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cuanto tiempo?	Medicamento
2. Alta Presión <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cuanto tiempo?	Medicamento
3. Enfermedad al Corazón <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cuanto tiempo?	Medicamento
4. Cancer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cuanto tiempo?	Medicamento
5. Artritis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cuanto tiempo?	Medicamento
6. Enfermedad al Pulmón <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cuanto tiempo?	Medicamento
7. Glaucoma <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cuanto tiempo? Cirugía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Que ojo? _____ Cuándo _____	Medicamento
8. Cataratas <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cuanto tiempo? Cirugía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuándo? _____ Implante de lente intraocular? _____	Medicamento
9. Usa lentes de contacto? _____ Cuanto tiempo? _____	<input type="checkbox"/> Duros <input type="checkbox"/> Suave <input type="checkbox"/> Uso Extendido
10. Toma pastillas anticonceptivas <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cuanto tiempo?	Medicamento
11. Tiene un ojo perezoso(Amblyopia) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cuanto tiempo?	Que ojo?

Tiene historia familiar de las enfermedades mencionadas arriba? _____ Cuáles? _____

Nombre cualquier otra condición médica que tenga _____

Qué otras medicinas toma? _____

Es ALERGICO a alguna de estas MEDICINAS? Penicilina Sulfa Steroides Aspirina

Otras (nombrelas todas) _____

Es ALERGICO a GOTAS DE OJOS? Sí No Si lo es, por favor nombrelas _____

Há tenido una examinación de ojos? _____ Oftalmólogo Optometrista Otro

Fecha del último exámen _____ Nombre/Dirección de IExaminador _____

Usa gotas de ojo? _____ Si, las usa por favor nombrelas _____

Cuándo fué el último cambio de lentes? _____

Alguna vez a sido golpeado en el ojo? _____ Cuándo _____ Cuál ojo? _____

Que tipo de cirugía de ojo ha tenido? _____

Tiene o ha tenido estrabismo (ojos cruzados)? _____ Ocupación _____

Cuál es el problema principal que esta teniendo actualmente con sus ojos? _____

Yo entiendo que en muchas examinaciones se necesitara la dialtación de la pulila de los ojos que pueden hacer mi visión de manejo borrosa y con sensibilidad a la luz y mi transportación es mi responsabilidad.

Firma _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A NIÑOS

Doy permiso para que medicamento de ojo sea dado a mi hijo/hija. Yo entiendo que estos medicamentos son con el propósito de su diagnóstico y tratamiento.

Yo entiendo que en el curso de su diagnóstico y tratamiento mi hijo/hija puede que sea sujetado durante la administración de gotas o examinación. Si eso ha de pasar, yo entiendo que soy responsable por el sujetamiento de mi hijo/hija.

Firma _____