1111 E Northern Ave. • Phoenix, AZ 85020
602-242-6888

www.valleyeyecareaz.com

3050 N 44th Street • Phoenix, AZ 85018
602-955-2700

Fecha: _____

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____

Primer nombre _____

Título Dr. Sr. Sra. Srita.

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____

Teléfono diario _____

Celular _____

Correo electrónico _____

Referido por _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

de Seguro Social _____

Empleador _____

Ocupación _____

Estado Civil: Soltero/a ___ Casado/a ___
Divorciado/a ___ Viudo/a ____

En caso de emergencia llamar a

Nombre _____

Teléfono _____

Relación _____

2 SEGURO

VISIÓN

Compañía de Seguro: _____

de Identificación: _____

Titular Principal

Usted: ____ Otro: _____
Nombre / Fecha de nacimiento

MÉDICO

Compañía de Seguro: _____

de Identificación/Grupo: _____

Titular Principal

Usted:____ Otro: _____
Nombre / Fecha de nacimiento.

ASIGNACIÓN Y DIVULGACIÓN

Asigno directamente a Valley Eyecare Center todos los beneficios de seguro por los servicios recibidos. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos pagados o no por el seguro. Autorizo la divulgación de la información necesaria para el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguro.

Firma del Titular Responsable: _____ **Fecha:** _____

3 AUTORIZACIÓN DE MEDICARE

Solicito que el pago de las prestaciones autorizadas de Medicare me sea efectuado a mí o en mi nombre al Dr. _____ por los servicios que me haya prestado dicho médico. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estas prestaciones o las prestaciones pagaderas por servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que se efectúe el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si se indica "otro seguro médico" en el punto 9 del formulario HCFA-1500, o en cualquier otro lugar de otros formularios de solicitud aprobados o presentados electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia indicada. En los casos asignados por Medicare, el médico o proveedor se compromete a aceptar la determinación del cargo de la compañía de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable sólo por el deducible, coaseguro y servicios no cubiertos. El coaseguro y el deducible se basan en el cargo determinado por la compañía de Medicare.

_____ _____
Firma del Beneficiario **Fecha:**

4 SALUD OCULAR

¿Cuál es la razón principal de su visita hoy? _____

_____

_____

Último examen ocular _____

¿Utiliza lentes? ❑ Sí ❑ No

❑ Todo el tiempo ❑ De vez en cuando

❑ Para leer ❑ Para conducir ❑ Para ver televisión

¿Utiliza lentes de contacto? ❑ Sí ❑ No

Tipo _____ Horas al día _____

Describa cualquier problema que tenga con sus lentes de contacto:_____

_____

¿Ha tenido cirugía en los ojos?

❑ Cataratas ❑ RK

❑ Lasik ❑ Otra _____

¿***Actualmente*** padece alguno de los siguientes en sus ojos?

❑ Visión borrosa	❑ Destellos
❑ Ardor	❑ Moscas volantes
❑ Secreciones	❑ Comezón
❑ Visión doble	❑ Ojos rojos
❑ Ojo seco	❑ Perdida de la visión
❑ Fatiga	❑ Otro _____

¿Le han diagnosticado a usted o a un familiar uno de los siguientes?

	Usted		**Familiar**	
Cataratas	❑ Sí	❑ No	❑ Sí	❑ No
Glaucoma	❑ Sí	❑ No	❑ Sí	❑ No
Degeneración macular	❑ Sí	❑ No	❑ Sí	❑ No
Otra condición ocular	❑ Sí	❑ No	❑ Sí	❑ No

5 HISTORIAL DE SALUD

Nombre de su Médico de Atención Primaria (PCP)

Marque "Sí" o "No" para indicar si ha tenido alguno de los siguientes problemas. Marque también si algún familiar ha tenido alguno de los siguientes problemas.

	Usted	**Familiar**
Diabetes	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Presión alta	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Colesterol alto	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Artritis reumatoide	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
Problemas de la tiroides	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No

¿Se le ha diagnosticado con otros problemas?: ❑ Sí ❑ No

_____

_____

_____

_____

_____

6 MEDICAMENTO/ALERGIAS

Por favor indique los medicamentos que esté tomando en este momento:	Razón:	Indique cualquier alergia:

7 REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Actualmente tiene o ha tenido problemas en alguna de las siguientes áreas?:

❑ Alergias	❑ Cardiovascular	❑ Oídos, nariz, boca, garganta	❑ Endócrino
❑ Inmunológico	❑ Piel	❑ Musculo esquelético	❑ Neurológico

8 REQUISITOS DE LA LEY DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO

Preferencia de comunicación: ___ Correo electrónico ____ Correo postal ____ Teléfono Altura _____ Peso _____

Raza _____

Idioma preferido _____

¿Está embarazada? ❑ Sí ❑ No

¿Bebe alcohol? ❑ Sí ❑ No

¿Frecuencia por semana? _____

¿Fuma tabaco? ❑ Sí ❑ No

¿Frecuencia por semana? _____

NOTAS DEL DOCTOR: (Para uso interno de la oficina)

IMPRIMIR