

**AUSTIN PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY
FORMULARIO PACIENTE NUEVO-ADULTO**

NOMBRE: _____ FECHA NACIMIENTO: _____

GÉNERO: H _____ M _____ ESTADO CIVIL: _____ No. LICENCIA _____

DIRECCIÓN: _____ No. APTO/TRL _____ CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL _____

TEL CELULAR _____ TEL DE CASA _____ TEL TRABAJO _____

ASEGURANZA PRIMARIA _____ HMO _____ PPO _____ MEDICARE _____ OTRO _____

NOMBRE TITULAR DE LA PÓLIZA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

No. IDENTIFICACIÓN _____ No. GRUPO _____

TITULAR ASEGURANZA DIRECCION DE DOMICILIO _____

ASEGURANZA SECUNDARIA _____ HMO _____ PPO _____ MEDICARE _____ OTRO _____

NOMBRE TITULAR DE LA PÓLIZA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

No. IDENTIFICACIÓN _____ No. GRUPO _____

TITULAR ASEGURANZA-DIRECCION DE DOMICILIO _____

ASEGURANZA TERCIARIA _____ HMO _____ PPO _____ MEDICARE _____ OTRO _____

NOMBRE TITULAR DE LA PÓLIZA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

No. IDENTIFICACIÓN _____ No. GRUPO _____

TITULAR ASEGURANZA- DIRECCION DE DOMICILIO _____

LISTA DE MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE SON PACIENTES DE DR BUSSE O DR THAI _____

NOMBRE DEL DOCTOR PRIMARIO _____ DIRECCIÓN _____

No. TELÉFONO _____ POR QUIEN FUE REFERIDO A ESTA OFICINA _____

PÓLIZA DE LA OFICINA Y ARREGLOS DE PAGO

TODAS LAS VISITAS DEBEN PAGARSE AL MOMENTO DE SU VISITA AL MENOS QUE SE HAYAN HECHO ARREGLOS PREVIOS. NO PRESENTAMOS SEGURO EN SU VISITA A LA OFICINA, AL MENOS QUE TENEMOS UN CONTRATO CON SU COMPAÑÍA DE SEGUROS. NOSOTROS PODEMOS, SIN EMBARGO, PROPORCIONE LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA PRESENTAR EL RECLAMO A SU SEGURANZA. NO DUDE EN DISCUTIR CUALQUIERA DE LOS CARGOS O POLÍTICAS A NUESTRO PERSONAL. ESTAMOS DISPUESTOS A TRABAJAR CON USTED EN CUALQUIER MANERA QUE PODAMOS. ES SU RESPONSABILIDAD AHORA Y EN EL FUTURO NOTIFICAR A NUESTRA OFICINA CUALQUIER CAMBIO EN SU ASEGURANZA, CAMBIOS EN NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN O CAMBIOS DE PLAN.

YO, _____ (PACIENTE, PADRE O TUTOR) POR EL PRESENTE ACEPTÓ SER FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE LOS HONORARIOS INCURRIDOS. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA PROCESAR EL RECLAMO Y SOLICITAR EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO, INCLUYENDO MEDICAID Y OTROS PROGRAMAS PATROCINADOS POR EL GOBIERNO PARA DR. MEGYN L. BUSSE M.D. POR LA PRESENTE OTORGO AUTORIZACIÓN A LA DRA. MEGYN L. BUSSE, M.D., O A CUALQUIER OTRO PROVEEDOR EMPLEADO POR ESTA PRÁCTICA REALIZAR UN EXAMEN OCULAR INCLUYENDO LAS PRUEBAS NECESARIAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTE PACIENTE.

SIGNATURE _____ DATE: _____

**AUSTIN PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY
HISTORIAL MEDICO**

NOMBRE: _____ FECHANACIMIENTO: _____
DOCTOR PRIMARIO _____ No. TELÉFONO: _____
DIRECCIÓN _____ FECHA ÚLTIMO EXAMEN DE OJOS: _____

REVISION DE SISTEMAS

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA MÉDICO?

EXPLICA

OJOS

PERDIDA DE VISION	SI ___ NO ___	_____
VISION DOBLE	SI ___ NO ___	_____
OJOS SECOS	SI ___ NO ___	_____
DESECHO DE OJOS	SI ___ NO ___	_____
ENROJECIMIENTO	SI ___ NO ___	_____
SENSACION ARENOSA	SI ___ NO ___	_____
COMEZÓN O ARDOR	SI ___ NO ___	_____
OJOS LAGRIMOSOS	SI ___ NO ___	_____
LAGRIMEO OCACIONAL	SI ___ NO ___	_____
SENSIBILIDAD A LA LUZ	SI ___ NO ___	_____
COLORES/LUCES FLOTANDO	SI ___ NO ___	_____
OJOS CON DOLOR	SI ___ NO ___	_____

OÍDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA, CUELLO
PULMONES, PROBLEMAS RESPIRATORIOS

SI ___ NO ___ _____
SI ___ NO ___ _____

CARDIOVASCULAR

CORAZON, VASOS SANGUINEOS
GASTROINTESTINAL (ESTOMAGO/INTESTINOS)
HUESOS, MÚSCULOS, COYUNTURAS

SI ___ NO ___ _____
SI ___ NO ___ _____
SI ___ NO ___ _____

SISTEMA NEUROLOGICO

LINFATICO
HEMATOLOGICO
ALERGIAS IMUNOLÓGICAS

SI ___ NO ___ _____
SI ___ NO ___ _____
SI ___ NO ___ _____

OTROS: _____

**AUSTIN PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY
HISTORIAL MEDICO**

LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUALES:

1. _____	2. _____	3. _____
4. _____	5. _____	6. _____
7. _____	8. _____	9. _____
10. _____	11. _____	12. _____

OCUPACIÓN ACTUAL: _____ ACTUALMENTE USA LENTES: SI ____ NO ____

TOMA ALCOHOL? SI ____ NO ____ SI ES UN SÍ, EXPLICA CUÁNTA CANTIDAD _____

USTED FUMA? SI ____ NO ____ SI ES UN SÍ, EXPLICA CUÁNTOS PAQUETES AL DÍA _____

¿HA TENIDO OJOS CRUZADOS, OJO DÉBIL, OJO SALTADO, PÁRPADO CAÍDO? _____

¿TIENE ALGÚNA ALERGIA A MEDICAMENTOS? SI ____ NO ____ SI ESTO ES UN SÍ, NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y CUAL A SIDO LA REACCIÓN: _____

LISTA DE ENFERMEDADES Y LESIONES GRAVES: _____

LISTA DE CIRUJIAS PREVIAS: _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR:

CEGUERA	SI ____ NO ____
CATARATAS	SI ____ NO ____
GLAUCOMA	SI ____ NO ____
ESTRABISMO	SI ____ NO ____
ARTRITIS	SI ____ NO ____
CANCER	SI ____ NO ____
DIABETES	SI ____ NO ____
ATAQUE AL CORAZON	SI ____ NO ____
PRESION ALTA	SI ____ NO ____
ENFERMEDAD RENAL	SI ____ NO ____
DERRAME CEREBRAL	SI ____ NO ____

RELACIÓN DEL PACIENTE:

OTRO: _____
