

**Informacion de Paciente**

**Fernando Chen, O.D., Inc.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer  
Ocupacion: \_\_\_\_\_ Nombre de los Padres (Si el paciente es nino): \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Numero de trabajo: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Tiene seguro de la vision?  Si  No  
Persona de contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
A quien le podemos dar las gracias por la recomendacion? \_\_\_\_\_

**ROS / Personal & Family Medical, Social History**

**Salud Medica de su Familia**

(Anote si alguien tiene)

- Alergia
- Artritis
- Asma
- Desmayos
- Cancer
- Diabetes
- Sensibilidad a drogas
- Colesterol Alto
- Condiciones del corazon
- Alta presion
- Migraña
- Condiciones de la piel
- Condiciones de la tiroide
- Tuberculosis

**Salud Medica de Paciente**

(Anote si tiene)

- Alergia..... \_\_\_\_\_
- Artritis..... \_\_\_\_\_
- Asma..... \_\_\_\_\_
- Desmayos..... \_\_\_\_\_
- Cancer ..... \_\_\_\_\_
- Diabetes ..... \_\_\_\_\_
- Sensibilidad de drogas ..... \_\_\_\_\_
- Colesterol Alto..... \_\_\_\_\_
- Condicion del corazon..... \_\_\_\_\_
- Alta presion..... \_\_\_\_\_
- Migraña..... \_\_\_\_\_
- Condiciones de la piel..... \_\_\_\_\_
- Condiciones de la tiroide..... \_\_\_\_\_
- Tuberculosis..... \_\_\_\_\_

List Prescription & Non-Prescription Medications:

Explicacion de historial medico, anote: \_\_\_\_\_

\* **Alergias a medicamentos?:**  No  Si, a: \_\_\_\_\_  
Nombre de su medico \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
Solo las mujeres: Esta embarazada?  Si  No

**Personal & Family Eye History**

**Problemas con los ojos de Paciente**

(Anote si tiene)

- Vista borrosa de distancia
- Vista borrosa de cercana
- Ardor en los ojos
- Doble vista
- Ojos secos
- Ojos cansados
- Ojos irritados
- Dolor de cabeza
- Comezon
- Sensibilidad a la luz
- Ojos Rojos
- Relampagos de luz
- Manchas visuales
- Falta de vista
- Vision variable
- Ojos llorosos

¿Usted y / o un miembro de su familia, o ha tenido alguno de los siguientes?

- |  |    |                              |
|--|----|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetic Retinopathy        | Yo | Miembro de la Familia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Retinal Detachment          | Yo | Miembro de la Familia: _____ |
| <input type="checkbox"/> La Degeneración Macular     | Yo | Miembro de la Familia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ojo Debil (Amblyopia)       | Yo | Miembro de la Familia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ojo Volteado                | Yo | Miembro de la Familia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cataratas                   | Yo | Miembro de la Familia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma                    | Yo | Miembro de la Familia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problema con la vista color | Yo | Miembro de la Familia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ceguera                     | Yo | Miembro de la Familia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Iritis, Uveitis             | Yo | Miembro de la Familia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Optic Neuritis              | Yo | Miembro de la Familia: _____ |

Ha sufrido de una enfermedad de la vista, lesion de los ojos, o cirugia de los ojos?  Si  No

Si anota si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultimo examen de los ojos? \_\_\_\_\_

Cual es el nombre de su previo oculista? \_\_\_\_\_

Actualmente ve a un oftalmólogo?  Si  No

Usted usa contactos?  Si  No

La informacion que he proporcionado en este formulario es completa, fidedigna y correcta a lo mayor de mi conocimiento.

**X** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
Firma del paciente, tutor, o representante personal

## Acknowledgement of Receipt of Privacy Policies

Reconozco que he recibido una copia de la Notice of Privacy Practices for Fernando Chen, O.D., Inc.

**X**

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

Firma del paciente, tutor, o representante personal

Por favor, escriba el nombre del paciente, tutor o representante personal

Relación al Paciente

Puede solicitar una copia de la Notice of Privacy Practices for Fernando Chen, O.D., Inc. en cualquier momento, en persona o por telefono. Tambien puede obtener una copia por internet [www.chenoptometry.com](http://www.chenoptometry.com)

## Formulario de Autorizacion para Examen de Ojo Dilatado

Dilatando las pupilas con gotas para los ojos es necesario para obtener una mejor visión dentro de sus ojos con el fin de garantizar la salud óptima ocular. Muchas de las enfermedades del ojo se pueden diagnosticar temprano a través de una dilatación que de algún otro modo no se puedan detectar.

El doctor recomienda que los ojos deben ser dilatados hoy en día, especialmente si ....

1. Usted es un nuevo paciente en esta oficina.
2. Usted o un miembro de la familia tiene un historial de presión arterial alta, diabetes, cataratas, glaucoma o enfermedad de los ojos.
3. Usted tiene dolores de cabeza que usted piensa que puede estar relacionado con sus ojos.
4. Usted está notando (or a notado) cambios en su visión.
5. Usted no ha tenido los ojos dilatados en los últimos 2 años.
6. Usted tiene síntomas inusuales como "flotador" o "destellos de luz"
7. Usted tiene una receta para anteojos fuerte.

En la mayoría de los casos, tener los ojos dilatados no afectará a su visión de lejos, pero es posible que tenga algunas dificultades al leer y sensibilidad moderada a la luz de **tres a cinco horas**. Usted puede elegir otra fecha para la dilatación y traer a alguien para que lo transporte a casa.

**El costo de tener los ojos dilatados es de \$20.** Si usted tiene alguna pregunta acerca de la dilatación, por favor preguntele al optometrista.

**Por favor marque una:**

- Yo entiendo la importancia de un examen a fondo de ojo dilatado y me gustaría que mis ojos sean dilatados.
- Entiendo las recomendaciones anteriores y declino el examen de ojo dilatado en este momento. Yo entiendo que una posibilidad de pérdida parcial o total de la visión puede existir, y sin un examen de dilatación , puede pasar desapercibida.

**X**

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

Firma del paciente, tutor, o representante personal

## Para Todos Los Usuarios de Lentes de Contacto

En consideración con el acuerdo de Dr. Chen para liberar la receta de lentes de contacto, estoy de acuerdo a lo siguiente:

He sido informado de los requisitos para planear y asistir a las citas de seguimiento con mi optometrista y para cumplir con el método de uso y limpieza que mi optometrista ha propuesto. Yo entiendo que soy responsable de las lesiones que pueden ocurrir, debido a mi inasistencia a las citas de seguimiento o falta de uso y horario de limpieza.. Estoy de acuerdo en indemnizar, mantener indemne y renuncio a cualquier y todo reclamo, acción legal y honorarios de abogados, que puedan resultar de mi falta de cumplimiento con las instrucciones establecidas por mi oculista, o agentes de los mismos.

Reconozco que no puedo sostener a el Dr. Chen o a sus designados optometristas asociados responsable de las lesiones que sostenga, por no proporcionar a el Dr. Chen y sus optometristas asociados con la oportunidad de monitorear mi progreso. En el caso de que el Dr. Chen, su agente, o un optometrista empleado por el Dr. Chen, libere alguna receta de lentes de contacto, que es llenada por un dispensador que no sea el optometrista solicitante, estoy de acuerdo en indemnizar, mantener indemne y renuncio de cualquier y todo reclamo, acción legal y honorarios de abogados, que puedan surgir como resultado de la negligencia o acto intencional del dispensador que no está prescribiendo, en contra de el optometrista solicitante, o agentes de los mismos.

**Entiendo que el médico puede recomendar una visita de seguimiento para finalizar el ajuste de lentes de contacto. No hay ningún cargo por esta visita, si es dentro de 60 días de la visita inicial. Después de 60 días, pero no más de 6 meses, a partir de la visita inicial, hay un cargo de \$ 40. Después de 6 meses, se requiere un nuevo examen completo. Sólo un par de lentes de contacto de prueba se le permitirá al paciente, y solo en casos de recetas aplicables.**

**Todos los pacientes que sean usuarios nuevos de lentes de contacto se les cobrará una cita de entrenamiento obligatoria de \$ 20. Además, entiendo que mi receta de lentes de contacto expirará en un año.**

Entiendo que es mi responsabilidad programar y mantener las visitas de seguimiento y las citas para exámenes anuales. He leído y entendido lo anterior.

**X**

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

Firma del paciente, tutor, o representante personal