

## Informacion Del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Hoy: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Tel. de casa: \_\_\_\_\_ Tel. de trabajo \_\_\_\_\_ Tel.Cell. \_\_\_\_\_

# Seguro Social: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Aseguransa Medica \_\_\_\_\_ Aseguransa de vision \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_

(porfavor circule uno) Casado/Casada Soltero/Soltera Otro

Padres o Guardian \_\_\_\_\_

Fecha de ultimo examen de ojos o medico: \_\_\_\_\_

Como supo de nosotros? \_\_\_\_\_

Razon de la visita (porfavor marque si o no)

<input type="checkbox"/> Revision rutinaria.	<input type="checkbox"/> Roto o perdida de montura o armadura
<input type="checkbox"/> Vision borroso de lejos	<input type="checkbox"/> Examen para lentes de contactos
<input type="checkbox"/> Vision borroso de cercas	<input type="checkbox"/> Otra razon

Porfavor escriba cual quier medicamento que este usando.

Porfavor escriba si es alergico a alguna medicina? \_\_\_\_\_

Usted usa gafas o espejuelos? \_\_\_\_\_

Usted usa lentes de contacto? \_\_\_\_\_

Tiene dificultad par aver en la noche? \_\_\_\_\_

Le molesta mucho el sol? \_\_\_\_\_

Usted trabaja con una computadora? \_\_\_\_\_

Porfavor marque cual quiera que appliqué a usted o algun familiar.

	Usted	Familiar		Usted	Familiar
Diabetes	_____	_____	Cancer	_____	_____
Alta Presion	_____	_____	Artritis	_____	_____
Glaucoma	_____	_____	Cataratas	_____	_____
Ceguera	_____	_____	Ojos secos	_____	_____
Ojos indolentes	_____	_____	Vision doble	_____	_____
Carnosidad	_____	_____	Ojos rojos	_____	_____
Manchas en la vista	_____	_____	Retina desprendida	_____	_____
Ve lucecitas	_____	_____	Dolores de cabeza	_____	_____
Daños a la cabeza	_____	_____	Dolor o ardor en los ojos	_____	_____
Comezon en los ojos	_____	_____			
<b>Problemas</b>					
Cardiacos	_____	_____	De riñones	_____	_____
De tiroides	_____	_____	Respiratorios	_____	_____

**DILITATION INFORMATION AND CONSENT  
AUTORIZACIÓN PARA INFORMACIÓN DE DILATACIÓN**

Pupil dilation is a highly recommended part of your complete eye examination.

(La dilatación de la pupila es altamente recomendada para su examen completo de visión.)

It allows the doctor to better examine the retina (the inside tissue of your eye) for detachments, (Esto le permite al Doctor examinar mejor la retina (del tejido interior del ojo) por desprendimientos), holes, tumors, leaking vessels, and other retinal problems. Dilation is mandatory for the following (Perforaciones, tumores, escape en los vasos sanguíneos, y otros problemas de retina. La Dilatación es patients.

Mandataria para los pacientes con los siguientes problemas.)

1. Over 40 years of ege.  
(Mayores de 40 años)
2. With high prescriptions  
(Con prescripción de alto riesgo)
3. With histories of head or eye injuries  
(Con historia de herida en la cabeza y ojos)
4. With Diabetes, High Blood Pressure, Herat Disease, or other systemic health conditions.  
(Con Diabetes, Presión Alta, Problemas al Corazón, o cualquier otro problema de salud.)

Please sign the statement below giving or declining your permission for dilation.

(Por favor firme la declaración dada abajo para autorizar la dilatación de la vista.)

I understand the importance of pupillary dilation in detecting ocular diseases.

(Yo entiendo la importancia de la dilatación de pupila para detectar alguna enfermedad visual.)

\_\_\_\_\_ I give my permission for dilation.  
(Yo doy mi permiso para la dilatación.)

\_\_\_\_\_ I do not give my permission for dilation today but  
(No puedo autorizar la dilatación hoy pero prometo  
promise to reschedule for dilation another day.  
(hacer una cita para la dilatación en otro día.)

\_\_\_\_\_ I do not ever want to be dilated.  
(No deseo nunca tener la dilatación.)

If you are under the ege of 18, your parent or guardian must sign one on the statements below:

(Si eres menor de 18, sus padres o guardianes deben firmar una de las declaraciones de abajo.)

\_\_\_\_\_ I give my permission for an eyeglass exam for my child.  
(Doy autorización para el examen de ojos para lentes de mi hijo.)

\_\_\_\_\_ I give my permission for a contact lenses exam for my child and  
(Doy autorización para el examen de lentes de contacto para mi hijo.)

**Please be advised of the following policies of this office. Contact lens Rx will not be given until  
Por favor tome en cuenta el aviso de las pólizas de esta oficina. Formula de lentes de contacto  
proper fit has been established and/or profesional services are paid in full. It is also the doctor's  
no serán entregados hasta que el servicio prestado no halla sido pago en totalidad. Es también  
policy not to be available during nonoffice hours.**

**La póliza de oficina no prestar servicio en horas no estipuladas.**

## AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SU SALID

Al firmar esta autorización, yo estoy dando permiso a Focal Point Optical a usar y divulgar la información de la salud visual referente a mi examen, compra de productos visuales (e.g. lentes) y información demográfica (i.e nombre, dirección y dirección de e-mail). Esta información solo será usada por Focal Point Optical para planear el seguimiento de estudios, beneficios, productos y la venta de productos servidos, como también para comercialización, como correo de promoción o otras propuestas, que provee descripción de productos y servicios ofrecidos por esta localización. Focal Point Optical revelará esta información a otras compañías que nos asistan en realizar los servios que se necesite. Yo entiendo que Focal Point Optical incorporado necesita estas compañías para salvaguardar esta información y se les requiere a ellos no compartir la información dada con otro tipo de compañías; Como quiera, liberar de mi información puede ocurrir y no será sostenida confidencialmente. Algunas de las compañías que manufacturan los productos ofrecidos por la localidad pueden proveer asistencia financiera para el mercadeo.

**Esta información no será vendida o usada por compañías fuera de Focal Point Optical para uso de esas compañías como su propio mercadeo.**

**Si yo deseo no firmar esta forma, en esta oficina no seré rechazado por esta clínica para proveer el servicio, aceptaran m5 manejo de los beneficios de visión en esta localidad, porque son participantes del grupo de proveedores y someterán los cargos correspondientes a mi favor. Si no estoy de acuerdo, con esta autorización deberé notificar por escrito al personal de la clínica. Estoy de acuerdo que los cambios no serán efectivos hasta que yo la haga por escrito, y el cambio no se aplicara a acciones hasta que no hallan tomado base en mi autorización previa.**

**Si yo decido buscar reembolso por parte de otra persona, incluyendo mi empleador, plan de salud o por patrocinio, por el servicio y/o productos recibidos, yo permito a esta localidad el divulgar mi información de salud con el propósito de someter el reclamo del pago a estas entidades.**

**Esta autorización será expirada en 60 meses des del día que yo firme. Yo he leído y entendido esta forma y yo conozco que e dado copia de esta forma para mi record. Voluntariamente e firmado esta forma y autorizado el uso para divulgar la información de mi salud como esta escrito arriba.**

Firma \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ por este medio represento que yo soy el paciente  
(nombre)

\_\_\_\_\_ Padre, guardián, o representante legal (circule uno) yo autorizo a ejecutar la autorización en nombre del paciente.

Firma \_\_\_\_\_

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

\* la expiración puede ser acortada dependiendo en el estado donde yo viva. En Connecticut, Maryland, y Minnesota, esta autorización expirará en 12 meses desde el día que firme. En Maine Montana, esta autorización expirara en 30 meses desde el día que sea firmado.

# Suplemento de estilo de la vida del paciente

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudara a ofrecerles las mejores recomendaciones para el cuidado de sus ojos. Estamos aqui para ayudarle.

## Preferencias y Intereses

- 1) Si usted usa lentes de contacto (pupilentes), que tipo son? \_\_\_\_\_
- 2) Que tipo de solucion de limpieza usa? \_\_\_\_\_
- 3) A estado interesado en usar lentes (pupilentes) de contacto de color? \_\_\_\_\_
- 4) Si usted en este momento no usa lentes de contacto (pupilentes), los a probado? \_\_\_\_\_
- 5) Estaria interesado en una "probadita" de el ultimo diseno de lentes de contacto (pupilentes)? \_\_\_\_\_
- 6) Esta interesado en lentes mas delgados, o libaños, si usa gafas? \_\_\_\_\_
- 7) Prefiere no usar sus lentes en ocasiones? \_\_\_\_\_
- 8) Le gustaria informacion sobre la operacion rayo laser? \_\_\_\_\_
- 9) Esta usted interesado en una correccion de vision sin cirugias? \_\_\_\_\_

## Satisfaccion de su vista en este momento

- 10) Si usted usa bifocales, le molesta las liñas o la inclinacion de cabeza?  
Si O No O
- 11) Si usted usa lentes de contacto (pupilentes), esta satisfecho con su vista y la comodidad?  
Si O No O
- 12) Si usted usa gafas esta satisfecho con su vista y comodidad?  
Si O No O
- 13) Tiene usted mas de una receta de gafas?  
Si O No O

## Factores de el Estilo de Vida

Usted... (si la respuesta es si marquela)

- Usa mucho la computadora?
- Pasa tiempo afuera? (Cuanto tiempo?) \_\_\_\_\_ hrs/sem
- Tiene recetado gafas para el sol?
- Tiene 100% proteccion UV en sus gafas para el sol? (recetados o no)?
- Sus gafas de sol tiene el lente polarizado?(recetado o no)?
- Tiene hijos?
- Tiene familiares que necesiten tratamiento de ojos?
- Tiene pasatiempos que lo haga esforzar su vista?
- Trabaja en un ambiente peligroso como en fabricas etc.?
- Trabaja usando materiales peligrosos? (chimicos etc.)
- Tiene este/oeste commutario?
- Maneja mucho en la madrugada, tarde, o noche?
- Pasa mucho tiempo en areas con poca luz?

## Algunos otros factores de vida que podrian estar afectando su vista?

## Examinacion de Visual Field

Un nuevo y sofisticado instrumento de computarizacion nos permite un analisis medico mas detalloso de sus ojos atraves de un examen llamado labor visual. Nuestro nuevo INSTRUMENTO VISUAL electronicamente mide las funciones retinales y sencatividad a la luz. Esta evaluacion es importante en ditectar desordenes oculars que reducen la vision peripheral antes de que la vision central sea afectada como obteniendo glaucoma , enfermedades retinales y desordenes neurologicos.

**Nosotros fuertemente recomendamos que todos nuestros pasientes mayor de 35 años reciban este examen. Es especialmente importante para esos pasientes que tienen lo siguiente:**

- \*Historia o historia familiar de Glaucoma**
- \*Dolores de cabeza**
- \*Historia de Diabetis**
- \*Problemas circulatorias / alta presion**
- \*Myopia alta**
- \*Reseta espectacular alta**
- \*Visiones repentinas, manchas en la vista**

Este procedimiento requiere tiempo de examinacion adicional. El costo es \$ ~~80~~ por una revision basica y \$ 120 por una ebaluasion mas profunda.

Porfavor marque el lugar corespondido y firme.

Si me gustaria una revision basica

Solamente si es determinado por la doctora que es nesesario, si me gustaria la ebaulasion mas profunda

Yo entiendo la importancia de esta evaluasion, pero en este momento prefiero tener solamente un examen de los ojos.

Firma de Pasiente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Declaracion de Responsabilidad del Paciente

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

Yo \_\_\_\_\_ entiendo que estoy viendo  
(nombre de paciente)

A la Dr. Regina McCollum Sullivan sin

Verificacion / elegibilidad al servicio \_\_\_\_\_  
(nombre de aseguranza)

Requerimiento de referencia por su Medico Primario. (Medicaid/ HMO)

Otra Razon

Yo entiendo que si hay alguna elegibilidad que no puede ser verificada o si yo no obtengo la forma de referencia apropiada cuando es requerida, yo sere responsable del pago de acuerdo al servicio recibido por la oficina de esta doctora..

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardian \_\_\_\_\_  
(si es menor)