

Fecha de hoy: _____

Informacion Del Paciente

Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Nombre _____

SS# _____

Direccion _____ Ciudad _____

Empleador _____

Estado _____ Codigo postal _____

Ocupacion _____

Telefono de casa _____

estado civil: Soltero _____ casado _____

Telefono de día _____

Divorciado _____ viudo _____

Telefono celular _____

Encaso de emergencia

Correo electronico _____

Nombre _____

Remitido por _____

telefono _____

Relacion _____

Seguro

Vision

Medico

Nombre de la aseguradora: _____

Nombre de la aseguradora: _____

No. de poliza _____

No. de poliza _____ Grupo _____

Nombre del asegurado

Nombre del asegurado

Relacion con el paciente: _____

Relacion con el paciente: _____

Nombre/fecha de nacimiento

Nombre/fecha de nacimiento

ASIGNACION Y LIBERACION

Asignar directamente a Gilbert G. Wong todos los beneficios de seguro por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable por todos los cargos no pagados por el seguro. Autorizo la liberación de toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos seguros.

Firma de partido responsable _____ Fecha: _____

Solicito que cualquier pago de beneficios autorizados se haga en mi nombre a Dr. Gilbert G. Wong por los servicios proporcionados por el doctor. Autorizo a cualquier sostenedor de la información médica acerca de mi liberar a la administración de financiamiento de salud y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios y pagar por servicios relacionados. Entiendo que mi firma autoriza liberación de información médica necesaria para pagar la reclamación. Si otro seguro de salud se indica en el punto 9 del formulario HCFA-1500 o en otros lugares en otras formas de reclamos aprobados o reclamaciones presentadas electrónicamente, mi firma autoriza liberación de la información a la aseguradora o la agencia que se muestra. En Medicare asignado casos, el médico o el proveedor se compromete a aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa y el paciente es responsable sólo por servicios no cubiertos, deducible y coseguro. Coseguro y deducible se basan en la determinación de cargo del contratista de Medicare.

Firma del beneficiario _____ Fecha _____

Salud de los ojos

Cual es la razon de su visita hoy?

Ultimo examen _____

Usa lentes? Si No todo el tiempo _____ Ocasional _____
lectura _____ manejar _____ TV _____

Usa lentes de contactos? Si No Tipo _____

Ha tenido alguna cirugia?

Cataratas _____ RK _____ Laser _____
Otra _____

Esta experimentando algunos de los siguientes sintomas?

Vision borrosa _____ ardor _____ picason _____

Vision doble _____ enrojecimientos _____ Ojos secos _____

Perdida de vision _____ Vision cansada _____ Otro _____

Usted o un miembro de la familia ha sidodiagnosticado con lo siguiente?

Cataratas	Si /No	Quien _____	Alergia	Si /No Quien _____
Glaucoma	Si /No	Quien _____	Inmunologico	Si /No Quien _____
Degeneracion de la macula	Si /No	Quien _____	Cardiovascular	Si /No Quien _____
Otran condiciones de los ojos	Si /No	Cuales _____	Integumentario/Piel	Si /No Quien _____
Diabetes	Si /No	Quien _____	Oidos/nariz/garganta	Si /No Quien _____
Presion sanguinea alta	Si /No	Quien _____	Muscular	Si /No Quien _____
Colesterol	Si /No	Quien _____	Endocrino(glandulas)	Si /No Quien _____
Artritis reumatoides	Si /No	Quien _____	Neurologico	Si /No Quien _____
Tiroides	Si /NO	Quien _____		

Nombre de su medico familiar _____ **Telefono** _____

MEDICAMENTO

Medicamentos que esta tomando y para que

Alergico a algun medicamento Si /No Cuales? _____ Reacciones _____

Requisitos del cuidado de salud

Metodo de contacto Correo electronicol Postal Telefono _____ Estatura _____ Peso _____ Raza _____

Origen etnico _____ Idioma de preferencia _____

Consumo de alcohol? Si /No con que frecuencia _____ Usa Tabaco? Si /No con que frecuencia _____

Consumo drogas de manera recreativa Si /No con que frecuencia _____

Mujeres,esta embarazada o lactando Si /No

Dr. Gilbert G. Wong optometrista no es responsable por marcos o lentes previamente utilizados que están siendo reutilizados o ajustado a mi petición. Marcos y los lentes son dispositivos médicos no retornables y no-reembolsable. Los marcos están garantizados sólo por defectos de fabricación una vez dentro de un año de la compra; envío, manejo y honorarios de restocking se aplicarán. Exactitud de la prescripción está garantizado y se indicará plazo de 30 días desde la fecha del examen con un rehacer de tiempo de lentes comprados aquí. Cajas de lentes de contacto sin marcar y sin abrir pueden ser intercambiados dentro de 30 días desde la fecha de examen; se aplicará un honorario de restocking. Examen de lentes de contacto no son reembolsables.

Firma _____ Fecha _____