

CAROLINAS EYE CENTER

Nombre _____
 Direccion _____

 Ciudad/ Estado _____
 Codigo Postal _____
 Telefono de la casa _____
 Telefono del trabajo _____
 Ocupacion _____
 Telefono celular _____
 Fecha de Nacimiento _____
 Edad _____ Sexo _____
 # de Seguro Social _____

Usted usa lentes de contacto? Si No
 Por favor marque X
 Suaves desechables Si No
 RGP's (lentes duros) Si No
 No esta seguro del tipo de lente _____
 Usted duerme con sus lentes de contacto? Si No

Si duerme con sus lentes de contacto, cuanto tiempo dura para removerlos?

Usted padece de algunas de estas condiciones medicas?
 Diabetes Si No
 VIH Si No
 Artritis Reumatoidea Si No
 Hepatitis C Si No
 Lupus Heritematoso Si No
 Esta embarazada o Amamantando Si No

Es alergico (a) algun medicamento? Si No
 Por favor anote:

Cuando fue su ultimo examen de ojos?

Por favor anote todas las condiciones medicas del presente y del pasado, como: presion alta o problemas cardiacos. Si no padece de ninguna por favor anote "NONE".

Alguna vez ha tenido cirujia en los ojos por alguna razon? Si No
 Cual?

Por favor anote todos los medicamentos (incluyendo anticonceptivos, hormonas y cualquier otro medicamento no recetado). Si no toma ningun medicamento anote "NONE".

Padece de alguna enfermedad en los ojos? Si No
 Cual?

Por favor anote todos los medicamentos para los ojos que usted usa y cada cuanto los usa:

Information del paciente PARA LLENAR DE LA OFICINA Chart#

POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO COMPLETO (LETRA ENTENDIBLE POR FAVOR)

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido Materno		Edad		
Direccion			Ciudad		Estado		Codigo Postal		Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo(a)	Sexo
Fecha De Nacimiento		S.S. #		Telefono de Casa		Contacto de Emergencia:		Num. de Telefono.		
Empleador/Nombre de la Escuela/Titulo en el Trabajo			Direccion		Cuidad/Estado		Codigo postal		Numero de Telefono	Ext./Dept.

INFORMACION DE LA ESPOSA O FAMILIAR

Esposa o Familiar Cercano		Num. de telefono		Direccion de La Esposa o Familiar Cercano		Relacion con el Paciente		
Direccion y Trabajo de Esposa o Familiar Cercano			Num. de telefono		S.S. No.		Fecha de Nacimiento	Edad

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO (COMPLETELO SI EL SEGURO ESTA A SU NOMBRE)

Nombre de la Compania de Seguro			Compania de Seguro Secundaria			Num. de Telefono		
S.S. No.		Poliza / ID. No.		Grupo No.		Medicare No.		Medicaid No.

COMPLETE SI EL SEGURO NO ESTA A SU NOMBRE

Nombre del Titular de la La Poliza		Direccion			Num. de Telefono		Relacion con el Paciente	
Fecha de Nacimiento del Titular de la Poliza		Nombre de la Compania de Seguro				Nombre del empleado		
S.S. No.		Poliza / ID. No.		Grupo No.		Num. de Telefono		

REFERIDO POR

Referido por Doctor (Nombre)		Direccion			Otro, <input type="checkbox"/> Paginas Amarillas <input type="checkbox"/> Periodico <input type="checkbox"/> Amigo(a)		
Doctor Primario (nombre)		Direccion			<input type="checkbox"/> Periodico <input type="checkbox"/> Otros _____		

AUTORIZACION DEL SEGURO ASIGNACION Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA.:

ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR TODOS LOS GASTOS MEDICOS Y FINANCIEROS Y QUE EL PAGO DE ESTOS LO HARE EN EL MOMENTO DE EL SERVICIO A MENOS QUE SE HAYA ARREGALDO UNA APROBACION ANTERIOR O QUE YO SEA UN MIEMBRO DE CUIDADO PARA SALUD HMO O PPO DEL QUE CAROLINAS EYE CENTER PARTICIPE O ESTE AFILIADO, YO EL USUARIO SOY RESPONSABLE POR CUALQUIER CO-PAYMENT EN EL MOMENTO DE RECIBIR EL SERVICIO NO CUBIERTO POR MI PLAN DE SEGURO.

YO PLANEAO PAGAR CON: CASH CHEQUE VISA/MASTERCARD (CHEQUES DEVUELTOS MULTA: \$45.00)

FIRMA (PACIENTE, PADRE O GUARDIAN) _____ FECHA _____

AUTORIZACION PARA LA PUBLICACION DE INFORMACION:

AUTORIZO POR ESTE MEDIO AL CENTRO OPTICO DE CAROLINAS EYE CENTER PARA MOSTRAR CUALQUIER INFORMACION REQUERIDA A LOS REPRESENTANTES DE LA EMPRESA DE SEGURO MEDICO Y/O MEDICOS DE CUIDADO PRIMARIO EN EL PROCESO DE MIS EXAMENES O TRATAMIENTOS NECESARIOS. A SOLICITUD DE EL PROCESO DEL SEGURO MEDICO Y/O ALGUNA INFORMACION MEDICA QUE SEA NECESARIA PARA CUALQUIER MOTIVO. YO ATRIBUYO TODOS LOS BENEFICIOS MEDICOS Y QUIRURGICOS A LOS CUALES ME DA DERECHO CAROLINAS EYE CENTER; Y SEGUIRA EXISTIENDO DE ESTA MANERA HASTA CUANDO YO DECIDA DE FORMA ESCRITA REVOCAR CON UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACION HASTA ESE MOMENTO ESTE DEBE SER CONSIDERADO VALIDO COMO EL DOCUMENTO ORIGINAL

Paciente _____ Fecha _____

relacion si no es el paciente _____