

Historial del paciente: las compañías de seguros deben actualizar este formulario cada vez que se utiliza el seguro para pagar sus servicios. Las compañías de seguros ahora ofrecen asistencia de idiomas según sea necesario. S o N o miembro de la familia

Apellido _____ Nombre _____ Sexo: F M Edad _____
Dirección _____ Fecha de nacimiento _____ Últimos 4 de SS # _____
Seguro de visión Primario _____
Número de identificación del asegurado _____
Número de teléfono celular _____ Nombre y relación del asegurado _____
Teléfono (casa) _____ Ins e identificación de la segunda visión _____
Licencia de conducir # _____ Estudiante a tiempo completo: S o N _____
Empleador _____ Ocupación _____ medico del asegurado _____
Nombre del médico _____ Último examen ocular _____
Dirección de correo electrónico: _____

Encierre en un círculo: usa lentes para la distancia, cerca, ambos o ninguno. Usa contactos S o N

historial médico de salud: respuesta circular Presión arterial alta: S o N Diabetes: S o N, Tipo _____ Colesterol alto: S o N Cáncer: S o N Problemas cardíacos: explique si Y _____ Artritis: S o N Otro problema _____ Alergias: Estacional: S o N Otras alergias _____ Embarazadas S o N Medicamentos: _____

_____ Alergias a medicamentos: _____

El consumo de alcohol es: social frecuente ninguno Fumador: paquetes al día _____ ninguno

Sus condiciones oculares actuales: respuesta en círculo

Catarata: S o N Glaucoma: S o N Degeneración macular: S o N Ojo vago: S o N Problemas de retina: S o N explican _____ Ojo seco: S o N Enrojecimiento: S o N Ardor: S o N

¿Ha tenido alguna lesión en los ojos? S o N explique _____

¿Ha tenido alguna cirugía ocular? S o N explique _____

Ojo familiar e historial médico: para sí, indique la relación:

Catarata _____ Glaucoma _____ Degeneración macular _____

Desprendimiento de retina o enfermedad _____ Presión arterial alta _____ Accidente cerebrovascular _____

Diabetes _____ HighCholesterol _____ Cancer _____ Artritis _____ Certifico que lo anterior es exacto a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información inexacta es perjudicial para mi salud. Doy permiso para que Mintz Family Optometry facture a mi seguro y me doy cuenta de que cualquier parte no pagada será mi responsabilidad.

Nombre en letra de imprenta _____ Revisión del personal _____

Firma _____ fecha _____ Dr revisado _____

He revisado la información previa como precisa y doy permiso para facturar a mi seguro

Revisión del próximo año e información adicional _____ Iniciales _____ y fecha _____