BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

Porfavor Escriba En Letra Molde

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE DEL PACIENTE _____ SEGURO SOCIAL _____ SEXO _____ FECHA DE NAC. _____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGOPOSTAL _____

NO TELEFONICO HOGAR _____ NO TELEFONICO TRABAJO _____ NO TELEFONICO CELLULAR _____

NOMBRE DE PADRE O CONYUGE _____ NIVEL DE GRADO SI ES ESTUDIANTE? _____ UTILIZA PANTALLA PARA MONITOR DE COMPUTADORA? NO_ SI_ QUE TANTO?____

METODO DE PAGO? _____ HEMOS VISTO OTROS MIEMBROS DE SU FAMILIA? SI_ NO_ SI: CUAL ES EL NOMBRE DEL FAMILIAR? _____
EFECTIVO_ CHEQUE_ TARJETA DE CREDITO_ _____
MEDICAID_ MEDICARE_ _____

CUANDO TOMO SU ULTIMO EXAMEN DE LOS OJOS? _____ NOMBRE DE ULTIMO OCULISTA y CUIDAD _____

USTED USA AHORA O A USADO _____

LENTES _____ DISTANCIA _____ CERCA _____ BIFOCALES _____
LENTES DE CONTACTO _____ TYPO _____ METODO DE LIMPIEZA _____

CUAL ES LA RAZON PRINCIPAL DE SU VISITA HOY CON NOSOTROS? _____

HISTORIA MEDICA

NOMBRE DE MEDICO FAMILIAR Y CUIDAD _____

APUNTE CUALQUIER CONDICION MEDICA QUE APLIQUE A USTED _____

DIABETES _____ ALERGIAS _____ ASMA _____ CORAZON _____ VASCULAR _____ JAQUECA _____
CANCER _____ PULMUNAR _____ ARTRITIS _____ ALTA PRESION _____ TRAUMA A LA CABEZA _____
TRAUMA DE OJO _____ OTRA CONDICION _____

ESTA PRESENTEMENTE EMBARAZADA O LACTANDO? SI _____ NO _____

APUNTE MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO (INCLUYE HORMONAS/PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS Y MEDICANTES QUE NO REQUIERE RESETA MEDICA _____

APUNTE CUALQUIER ALERGIAS A MEDICAMENTOS O TIENE ALGUN OTRO TYPO DE ALERGIA _____

APUNTE CUALQUIER CONDICION QUE APLIQUE A USTED _____

EMFERMEDAD DE OJO _____ CURUGIA DE OJO _____ GLAUCOMA _____ CATARATAS _____ FLOTADORES _____
OJO DESVIADO _____ OJO PEREZOSO _____ TERAPIA VISUAL _____ PROBLEMAS DE RETINA _____ LUCES _____
VISION DOBLE _____ TRAUMA DE OJO _____ OTRA CONDICION _____

APUNTE CUALQUIER CONDICION QUE ESTEN PRESENTE EN MIEMBROS DE SU FAMILIA _____
CATARATAS _____ GLAUCOMA _____ DIABETIS _____ EMFERMEDAD CARDIACA _____ ALTA PRESION _____
OTRA ENFERMEDAD DE OJO _____ OTRA CONDICION HEREDITARIA _____

COMO SE ENTERO DE NUESTRA OFICINA

POR CORREO _____ LIBRO TELEFONICO _____ PERIODICO _____ TELEVISION _____ LOCALIDAD _____

POR FAVOR REGRESE LA FORMA A LA RECEPCIONISTA MUCHAS GRACIAS

Reconocimiento del Aviso de Practicas de Privacidad

La ley requiere que, Maria G. Ceballos, OD, haga todo esfuerzo a informarle a Ud. de sus derechos en cuanto a su informacion medica personal. Al firmar abajo, yo reconozco que:

- Yo lei o se me explico el Aviso de Practicas de Privacidad de Maria G. Ceballos, OD, y Griselda Benavides, OD, y consiento a continuar mi tratamiento por Maria G. Ceballos, OD, y Griselda Benavides, OD, bajos los terminos mencionados.
- Yo tenia la oportunidad de leer el Aviso de Practicad de Privacidad de Maria G. Ceballos, OD, y Griselda Benavides, OD, la rechase pero quiero continuar mi tratamiento son Maria G. Ceballos OD, y Griselda Benavides, OD, bajo los terminos de las Practicas de Privacidad de Maria G. Ceballos, OD, y Griselda Benavides, OD.
- Yo lei o se me explico el Aviso de Practicas de Privacidad de Maria G. Ceballos, OD, y Griselda Benavides, OD, bajos los terminos mencionados
- El Aviso de Privacidad no podia leer por la naturaleza de mi tratamiento o por los razones siguientes:

LEI Y ENTIENDO ESTE DOCUMENTO. LO FIRMO VOLUNTARIAMENTE.

Paciente

Fecha

Si Ud, esta firmando como representante personal del paciente, por favor indique su relacion al paciente

Representante

Fecha

AUTORIZACION DE ASEGURANZA

Solicito que el pago de los beneficios medicos sean autorizado y realizado a Advanced Eye Care, por los servicios o materiales recibidos. Autorizo a mi Proveedor de Aseguranza Medica el determinar mis beneficios y proveer la informacion solicitada a Advanced Eye Care.

Solicito y Autorizo a Advanced Eye Care el indagar informacion sobre mis beneficios para fines de pagos por cargos aplicados el dia de mi visita.
Sin embargo, en el caso de que a mi Aseguranza no le sea posible proveer el pago, Yo como paciente asumo el pago por los servicios recibidos.

PACIENTE O TUTOR

FECHA

Records Release

Advanced Eye Care of Odessa
4702 E. University
Odessa, Tx.79762

Dr. Maria G. Ceballos
Dr. Griselda Benavides

432-550-4245 OFFICE
432-550-4370 FAX

Nombre De Ultimo Oculista

This is a request from the patient listed below to have
Dr. _____ release any records and all
information on:

Name: _____

DOB: _____

Appointment Date & Time: _____

Patient's Name: _____
(Please Print)

Patient's Signature

Date