



Meadows Eye

Physicians & Surgeons

FORMA DE REGISTRO DE PACIENTE

PATIENT INFORMATION				
NOMBRE			CONTACTO DE EMERGENCIA / RELACION CON EL PACIENTE	
DIRECCION			NUMERO DE CONTACTO DE EMERGENCIA	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	FARMACIA PREFERIDA	
TELEFONO	FECHA DE NACIMIENTO		MEDICO DE ATENCION PRIMARIA	
CORREO ELECTRONICO			OFTALMOLOGO/OPTOMETRISTA	

HISTORIAL MEDICO - FAVOR DE LISTAR QUALQUIER CONDICION MEDICA	
1	5
2	6
3	7
4	8

HISTORIAL DE OJO - FAVOR DE LISTAR QUALQUIER CONDICION DEL OJO	
1	3
2	4

CIRUGIAS PREVIAS Y EL ANO QUE SE REALIZARON (INCLUYENDO OPERACIONES DE LA VISTA)			
1	ANO	4	ANO
2	ANO	5	ANO
3	ANO	6	ANO

MEDICAMENTO ACTUALES - INCLUIR GOTAS DE OJOS	
1	5
2	6
3	7
4	8



Meadows Eye **FORMA DE REGISTRO DE PACIENTE**

Physicians & Surgeons

USTED FUMA?

SI

NO, DEJE DE FUMAR EN EL _____ (AÑO)

NO, NUNCA HE FUMADO

PRESENTA ALERGIAS HACIA ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO?

SI

NO

FAVOR DE INDICAR:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

EXISTEN PROBLEMAS DE SALUD EN LA FAMILIA

SI

NO

FAVOR DE INDICAR:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

INFORMACION FINANCIERA

SEGURO PRIMARIO

NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO PRIMARIO

NOBRE DEL ASEGURADO

RELACIÓN CON EL PACIENTE

SEGURO SECUNDARIO:

NÚMERO DE POLÍTICA DE SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DEL ASEGURADO (SI NO ES DE PACIENTE)

RELACIÓN CON EL PACIENTE

OCUPACIÓN / EMPLEADOR

SSN (SI SE PAGA POR SI MISMO O SE REQUIERE PARA EL SEGURO)

GARANTÍA FINANCIERA

Meadows Retina hará un esfuerzo de buena fe para facturar a los seguros primarios y secundarios mencionados anteriormente por los servicios prestados, sin embargo, esto no es una garantía de que las compañías de seguros harán el pago por los servicios prestados. Al firmar a continuación, usted acepta la responsabilidad financiera total por los servicios prestados.

INFORMACIÓN SOBRE LAS GOTAS DILATADAS

Las gotas de dilatación se usarán para dilatar o agrandar las pupilas del ojo para permitir que el oftalmólogo tenga una mejor visión del interior de su ojo. Las gotas de dilatación con frecuencia nublan la visión por un período de tiempo que varía de persona a persona y hace que las luces brillantes sean molestas. No es posible para su oftalmólogo predecir cuánto se verá afectada su visión. Debido a que conducir puede ser difícil inmediatamente después de un examen, lo mejor es que haga los arreglos necesarios para que usted no maneje. La reacción adversa, como el glaucoma agudo de ángulo cerrado, puede desencadenarse a partir de las gotas de dilatación. Esto es extremadamente raro y tratable con atención médica inmediata. Mi firma a continuación también autoriza a Meadows Retina y a cualquier cuidador designado a administrar gotas para la dilatación de los ojos. Las gotas para los ojos son necesarias para diagnosticar mi condición.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He tenido la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de Meadows Retina disponible en forma impresa y en línea en www.meadowsretina.com/new-patient-forms/

AUTORIZACIÓN DE FIRMA

FIRMA:

FECHA

NOMBRE IMPRESO:

HORA