

Formulario para actualizar información del paciente

Revise lo siguiente y llene si ha cambiado desde su última visita.

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Apodo

Fecha de Nacimiento

Dirección Actual

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Teléfono móvil/celular

Otro Numero de Contacto

Correo Electrónico

****Al dar mi correo electrónico, entiendo que se puede enviar información médica a este correo electrónico.****

Método de contacto preferido

☐ Llamada

☐ Mensaje de Texto

☐ Correo Electronico

Médico(s) de atención primaria:

Motivo de la visita con nosotros:

Mencione cualquier problema ocular o cirugía ocular desde la última visita:

Estado de Empleo

☐ Empleada(o)

☐ Jubilada(o)

☐ Estudiante

☐ Desempleada(o)

Estado civil (seleccione uno):

☐ Soltera(o)

☐ Casada(o)

☐ Divorciada(o)

☐ Separada(o)

☐ Viuda(o)

¿Desde su última visita le han diagnosticado alguno de los siguientes?

Diabetes

☐ Si

☐ No

Alta Presión

☐ Si

☐ No

Tiroides

☐ Si

☐ No

Cancer

☐ Si

☐ No

Lesiones, Cirugías o Hospitalización

☐ Si

☐ No

Si marcó "Si", por favor explique:

Embarazada o Amamantando

☐ Si

☐ No

Lista de medicamentos NUEVOS:

☐ Si no toma medicamentos, marque esta casilla.

Mencione NUEVAS gotas para los ojos que está usando actualmente:

☐ Si no usa ningunas gotas, marque esta casilla.

Indique cualquier alergia a medicamentos o anote a continuación si es alérgico al látex o a los adhesivos:

☐ Si no tiene alergias, marque esta casilla.

¿Alguna vez alguien de su familia ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes desde su última visita?
(Por favor seleccione todas las respuestas válidas):

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| ☐ Diabetes | ☐ Alta Presión | ☐ Cardiopatía |
| ☐ Degeneracion Macular | ☐ Cataratas | ☐ Enfermedad de la retina |
| ☐ Cancer | ☐ Glaucoma | ☐ Derrame |
| ☐ No Aplica | | |

¿Bebes alcohol?	¿Usted Fuma?	Si marco "Si", ¿cuánto?
-----------------	--------------	-------------------------

HIPAA: Entiendo que soy responsable de firmar un nuevo consentimiento HIPAA una vez al año.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Yo autorizo a Freedom Eye Care a liberar cualquier información médica que pueda ser necesaria para obtener beneficios médicos o para procesar presentaciones a mi compañía de seguros.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Yo autorizo/autorizamos a Freedom Eye Care a administrar los procedimientos médicos y de diagnóstico que sean necesarios para el cuidado adecuado de la salud ocular.

POLÍZA DE PAGO DE LA OFICINA: Entiendo que soy responsable del pago de todos los cargos. Como cortesía, es posible que se facture a mi seguro. Es mi responsabilidad pagar cualquier deducible, copago o cualquier otro saldo no pagado por mi compañía de seguros. Autorizo que los beneficios del seguro se paguen directamente al proveedor.

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO: Doy mi consentimiento para que Freedom Eye Care me envíe información por correo electrónico y otras comunicaciones electrónicas. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento comunicándome con Freedom Eye Care al 512-916-4600 o por correo electrónico a info@freedom-eyecare.com.

FOTO DE LA RETINA: Nuestros doctores consideran necesario que todos los pacientes reciban una Fotografía de Retina anualmente. Esto implica capturar una imagen digital de la retina de una manera no invasiva que elimina la necesidad de dilatación para la mayoría de los pacientes. Este procedimiento permite la identificación de diversas afecciones de la retina, incluida la degeneración macular, el glaucoma, los agujeros de la retina, los desprendimientos de retina y la retinopatía diabética.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN: Acepto avisar con 24 horas de anticipacion cualquier cancelación de cita. Entiendo que si no lo hago, puedo estar sujeto a pagar una tarifa de cita perdida de \$50.00.

Actualizado en Mayo de 2023

FIRMA DEL PADRE / TUTOR:

Date:

Favor de traer su(s) tarjeta(s) de seguro a su cita para que le hagamos copia.
Estamos agradecidos de que nos confien en su cuidado!