



WALLA WALLA

Dr. Harry Wiessner | Dr. Daniel Wiessner | Dr. Rosanne Schneller
614 E Alder St, Suite 1 | Walla Walla, WA | Ph: 509-527-3937

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____

Nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____

fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: M F

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Zip: _____

Inicio / Teléfono durante el día: _____

Teléfono móvil: _____

dirección de correo electrónico: _____

Número de Seguro Social del Paciente: _____

Empleador o Escuela: _____

Ocupación (o grado): _____

Pareja (o guardián) nombre: _____

Pareja (o guardián) Teléfono: _____

Fecha del último examen de la vista: _____

Referido por: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguro médico primario: _____

Compañía de seguros de visión: _____

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Identificación #: _____

Médico secundario: _____

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Identificación #: _____

El gobierno federal ahora requiere que recopilemos la siguiente información (elijá solo **UNA RESPUESTA** para cada categoría):

Idioma:

Inglés Español Japonés

Francés Ruso Otro

Raza:

Blanco Hispano

Indio Americano o Nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Nativo Hawaiano u Otro Isleño del Pacífico

Otro Negarse a contestar

Etnicidad:

Caucásico Hispano / latino

Afroamericano Nativo americano

Nativo Hawaiano Asiático

Alemán Ruso

Otro Negarse a contestar

Por favor comuníquese conmigo a través de:

Teléfono Correo electrónico Postal

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Médico de atención primaria: _____

Medicamentos actuales (enumere los nombres de todos los medicamentos recetados y de venta libre, incluidas las gotas para los ojos, las multivitaminas y/o las píldoras anticonceptivas): _____

Alergias a Medicamentos: Sí No

En caso sí, enumere:

¿Fuma usted? Sí No

¿Paquetes por día? _

Si es ex fumador, ¿hace cuánto dejó de fumar?

¿Tomas bebidas alcohólicas? Sí No

Solo Social 1-2 bebidas semanales A diario

Dependencia al alcohol

Por favor marque todos los que apliquen:

¿Actualmente usa lentes? Sí No

¿Actualmente usa lentes de contacto? Sí No

¿Estás interesado en lentes de contacto? Sí No

¿Usas bifocales o trifocales? Sí No

Si es así, ¿estás molesto por las líneas? Sí No

¿Tiene más de un par de lentes recetados actuales?
 Sí No

¿Tienes gafas de sol graduadas? Sí No

¿Ha tenido LASIK o PRK? Sí No

Si es así, ¿qué año?

¿Alguna vez ha sido diagnosticado o tratado por:

alergias Asma Artritis

Cáncer Diabetes Colesterol alto

Sangre alta Presión Nefropatía

Enfermedad de tiroides Otro

¿Alguna vez ha sido diagnosticado o tratado por:

Ambliopía/ojo perezoso Cataratas

Abrasión corneal Herida de ojo

Glaucoma Iritis

Degeneración macular

Desprendimiento de retina

Otro

¿Actualmente está experimentando alguno de los siguientes?

Visión Borrosa Arde

Ojo cruzado/girado Visión Doble

Lagrimeo excesivo Destellos de luz

Flotadores / Manchas Ojos secos

Dolores de Cabeza Comezon

Sensibilidad a la luz solar

Problemas para ver de noche

¿Tiene antecedentes familiares de alguno de los siguientes?

Ceguera Cataratas Glaucoma

Problemas de la retina Problemas de la córnea

Diabetes Degeneración macular

Cáncer None

OFFICE USE ONLY

Patient refused to sign Notices of Privacy Policies, Insurance Authorization and Financial Disclaimer, or Communication Agreement.

Employee Name:

Print: _____

Signature: _____

Staff was unable to communicate with patient due to one of the following:

_____ Patient spoke another language (ie. Spanish, Sign-Language, ets) and no translator was available.

_____ Patient has limited communication skills.

_____ Other

Employee Name:

Print: _____

Signature: _____

Power of Attorney or Caretaker signed in lieu of patient signature. Signature was witnessed by patient or by staff member.

Employee Name:

Print: _____

Signature: _____

Iniciales _____

Date _____

Acuse de Recibo de Políticas de Privacidad

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar los Avisos de Políticas de Privacidad.

Firma _____

Date _____

Autorización de seguro y descargo de responsabilidad financiera

Como cortesía, con mucho gusto presentaremos reclamos de seguro en su nombre, pero el médico no puede aceptar la responsabilidad de cobrar su reclamo de seguro o negociar un acuerdo sobre un reclamo en disputa. Usted es responsable de actualizar nuestra oficina con los beneficios actuales del seguro antes de la hora de su cita. El reembolso, la cobertura y los beneficios del seguro son un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable del pago oportuno de su cuenta, independientemente de cualquier reclamación o liquidación de seguro pendiente. Recibirá un estado de cuenta cada mes por el saldo pendiente de su cuenta, aunque tenga un reclamo de seguro pendiente. Usted es responsable de la tarifa completa, independientemente de cualquier reclamo de seguro, determinación, máximo o limitaciones en los beneficios, incluida nuestra tarifa habitual que no paga su compañía de seguros. Tenga en cuenta que los beneficios no están garantizados hasta que se procese el reclamo. Lea y firme el acuerdo a continuación.

Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a mi compañía de seguros y sus agentes cualquier información necesaria para garantizar el pago de beneficios por todos los servicios relacionados. Entiendo que soy responsable de todos los cargos no pagados por mi plan de seguro. Los cargos no cubiertos por el seguro deben pagarse en su totalidad antes de que se entreguen los anteojos.

Firma _____

Date _____

Acuerdo de comunicación

Acepto que la práctica de la vista puede comunicarse conmigo electrónicamente a la dirección de correo electrónico y al número de teléfono móvil que proporcioné. Soy consciente de que existe cierto nivel de riesgo de que terceros puedan leer correos electrónicos o mensajes de texto sin cifrar.

Soy responsable de proporcionar a la práctica de la vista cualquier actualización de mi dirección de correo electrónico y número de teléfono celular.

Puedo retirar mi consentimiento para las comunicaciones electrónicas poniéndome en contacto con la oficina de visión..

Iniciales _____

Date _____

Optos Fee Acknowledgement

Acepto que la práctica de la vista puede tomar una imagen de Optos por la tarifa de \$21. Soy consciente de que el seguro no cubre esta tarifa y seré responsable del costo.