



ADVANCED VISION CARE

14140 Meridian Parkway, Suite 101 Riverside, CA 92518

Phone 951-243-3337, Fax 951-243-6868, Email reception@avceyecare.net

¿Está sufriendo síntomas de la gripe, tos, fiebre sobre 100 F, pérdida de olfato/sabor, tiene gripe, o ha sido expuesto a alguien que resultó positivo de COVID-19? **Sí / No**

Si respondió "Sí," por favor háganos saber. Llámenos o mándenos un mensaje de texto al (951)243-3337 para reprogramar su cita para cuando se sienta mejor.

FORMULARIO CUESTIONARIO PARA PACIENTES

Por favor circule uno: **Paciente Nuevo / Paciente de Regreso**

Fecha de Cita: _____ Día _____ Hora de la Cita _____

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Celular (____) _____ Correo Electrónico _____ Empleador _____

Fecha de Nacimiento _____ Ocupación _____ Seguro Médico _____

Nombre de su Seguro de Visión _____ No. de seguro social _____

¿Algún Seguro de Visión Secundario? _____ Fue referido por _____

A quién llamar en caso de emergencia _____ Número de Teléfono (____) _____

Fecha de su Último Examen _____ Le dilataron las pupilas? **Sí / No** ¿Le tomaron fotos de la retina? **Sí/ No**

Informacion Medica

¿Cómo está su salud en general? _____

¿Tiene alguna deficiencia con cualquiera de estos sistemas? **(Por favor circule Sí o No)**

Gastrointestinal	Sí / No	Neurológico	Sí / No	Endócrino	Sí / No
Oído/Nariz/Garganta	Sí / No	Urinario	Sí / No	Sangre/linfa	Sí / No
Cardiovascular	Sí / No	Músculos/Huesos	Sí / No	Alergia/immunologica	Sí / No
Respiratorio	Sí / No	Tegumentario/Piel	Sí / No	Cancer / Tipo? _____	Sí / No
Hipertensión	Sí / No	Ojos	Sí / No	Colesterol Alto	Sí / No

Por favor explique _____

Diabetes **Sí / No** Tipo _____ Fecha de diagnosis _____

¿Es alérgico a algún medicamento? **Sí / No** Cuál(es)? _____ Reacciones? _____

Otros problemas de salud _____

Medicación Actual _____

¿Ha tenido alguna operación? **Sí / No** Que clase? _____ Cuando? _____

Doctor primario _____ Fecha de su último examen _____

¿Está embarazada? **Sí / No** ¿Está amamantando? **Sí / No** ¿Está tratando de quedar embarazada? **Sí/ No**

¿Usted fuma? **Sí/ No** ¿Bebe alcohol? **Sí/ No**

Historia Familiar

Hipertensión **Sí / No** Relación _____ Degeneración Macular **Sí / No** Relación _____

Diabetes **Sí / No** Relación _____ Desprendimiento de Retina **Sí / No** Relación _____

Glaucoma **Sí / No** Relación _____ Cataratas **Sí / No** Relación _____

Información Personal de su Vista

¿Está interesado en (circule): Lentes / Gafas de Sol / Lentes de Contacto / Información de Lasik / Gafas de Seguridad con Prescripción / Gafas Deportivas con Prescripción / _____

¿Tiene algún problema con su visión por la cual hizo su cita? _____

¿Tiene alguna afección o problema ocular? Sí / No ¿Qué clase _____

¿Ha tenido alguna operación? Sí / No Tipo _____ Fecha _____

¿Ha sufrido alguna herida en los ojos? Sí / No Que clase _____ Fecha _____

Tiene Glaucoma? Sí / No Cataratas? Sí / No Ojos secos? Sí / No

Degeneración Macular? Sí / No Desprendimiento de Retina? Sí / No Visión borrosa? Sí / No

Usa lentes? Sí / No Lentes incómodos? Sí / No Abrasión Corneal? Sí / No

Infección del ojo? Sí / No Iritis/uveítis? Sí / No Ojo Perezoso? Sí / No

Otros desórdenes? Sí / No Dolores de cabeza? Sí / No Picazón? Sí / No

Ardor? Sí / No Visión doble? Sí / No Sensación Arenosa? Sí / No

Lagrimeo? Sí / No Problemas para ver de noche? Sí / No Destellos de luz? Sí / No

Sensibilidad al sol? Sí / No Ojos cruzados/giro de ojos? Sí / No Flotadores/manchas? Sí / No

Información adicional _____

Si Usa Lentes de Contacto

Que marca? _____ Poder? D: _____ I: _____ Curva Base _____

¿Cuál solución usa? Optifree PureMoist/ BioTrue/ Revitalens/ ClearCare/ Marca Genérica / _____

Cantidad promedio de tiempo de uso (horas/día)? 8 / 10 / 12 / 14 / 16 / Otro _____

Frotas tus contactos cuando los limpias? Sí / No

¿Con qué frecuencia se deshace de sus contactos? 1 día / 2 semanas / 1 mes / 3 meses / 6 meses / Anual / _____

¿Usa lentes de contacto mientras duerme? Sí / No Sí es así, ¿cuántos días a la semana? _____

Si usa lentes de contacto, ¿está satisfecho con la visión y comodidad? Sí / No

Imágenes de la Retina/ Optomap

Para evaluar la salud ocular interna, dilatamos las pupilas o tomamos imágenes de la retina (Optomap). Este servicio nos da la información necesaria para darle un examen de alto nivel mientras mantenemos una distancia segura. Las imágenes tomadas serán usadas en el futuro para comparar y monitorear algún cambio en su salud ocular. Hay una tarifa/ copago de \$39 por el procedimiento.

Sí, doy mi consentimiento para el Optomap

Tengo preguntas para el doctor

Aviso de Privacidad de HIPAA/ Reconocimiento de Recibo del Aviso de Privacidad

Al firmar este reconocimiento del Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad (el "Aviso"); Yo reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Privacidad para que lo revise y lo guarde en mis registros en la fecha en que se firmo a continuación. Una copia electrónica del Aviso está disponible en nuestro sitio web en www.avceyecare.net.

Yo entiendo que la Ubicación puede usar y divulgar la información de salud necesaria (por ejemplo, mi nombre, domicilio, número de identificación del suscriptor, información sobre el examen de la vista y/o tipos de productos proporcionados) a otro parte para permitir que la Ubicación realice sus tareas administrativas, pueda brindar servicios de cuidado de la vista (incluso referir a otro proveedor/especialista según sea necesario para mi tratamiento) y productos, procesar los reclamos de beneficios y comunicarse conmigo con respeto a los servicios de cuidado de la vista proporcionados por la Ubicación (por ejemplo, envíos por correo de recordatorios de examen o información sobre servicios/productos de la vista proporcionados por la Ubicación).

Puedo estar seguro que esta ubicación no vende mi información médica personal de ningún tipo a terceros para su propio uso. Autorizo a la Ubicación a enviar mis reclamos de beneficios de la vista al patrocinador de mi plan o al plan de salud para recibir el reembolso directamente por los servicios y productos de la vista que he recibido de la Ubicación.

Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente

Fecha