



Información del paciente	
Nombre de Paciente: _____	Fecha: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ C.P: _____
Telefono: (Celular) _____	(Casa) _____
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____ Sexo: _____ Correo Electronico: _____
Seguro Social de Paciente: _____	Ocupación: _____ Nombre de trabajo: _____
¿Cómo escuchó de nuestra oficina? _____	

¿Razón de tu visita? :	Anteojos	Contactos	¿Algo más?: _____
-------------------------------	----------	-----------	-------------------

Historia Del Ojo (Usted Madre Padre Hermano/a Abuelos)	Historia diabético del paciente	Historial médico del paciente Marque con un círculo las que correspondan		
Ojos Secos U M P H A Ojos Crusados U M P H A Iritis/Uveitis U M P H A Glaucoma: U M P H A Degeneración macular U M P H A Retinopatía diabética U M P H A Cataractas U M P H A Ceguera U M P H A Cirugía en el Ojo U M P H A Enfermedad de la retina U M P H A	Pre-diabético: Si No Diabético: Si No Año de diagnóstico: ¿Cuál es su A1C? Azúcar en sangre reciente:	Presion Alto Colesterol Alto Enfermedad De Tiroides Enfermedad De Corazón Cancer Cirugía Fatigue Perdida De Peso Fibromyalgia Sinus	Asma EPOC Enfisema Nefropatía Enfermedad de la próstata Artritis Enfermedad de Crohn SII Reflujo Eczema	Rosacea Dolor De Cabeza Esclerosis múltiple Convulsiones TDAH Ansiedad Depresión Anemia Leukemia VIH

Historia médico Marque con un círculo las que correspondan (Madre Padre Hermano/a Abuelos)	Cuantas Horas En dispositivos electrónicos: 1-3 4-8 8+	¿Eres sensible al sol? sí no ¿Tiene problemas con el deslumbramiento? sí no ¿Le preocupa el daño de la luz azul? si no
Diabetes: M P H A Presion Alto : M P H A Colesterol Alto: M P H A Enfermedad De Tiroides: M P H A	El médico siempre recomienda tomar una fotografía de alta resolución del interior del ojo porque puede detectar enfermedades oculares antes de que se agraven. El copago es de \$39 por la fotografía y no está cubierto por el seguro de la vista. Marque uno: sí a la fotografía de la retina sin dilatación Sin fotografía	Si elige NO hacer la fotografía de la retina, le recomendamos un examen con dilatación para revisar el interior del ojo. Las gotas de dilatación para los ojos tienen algunos efectos secundarios de visión borrosa y sensibilidad a la luz por lo general durante 2-3 horas. La mayoría de las personas conducen a casa, pero recomendamos conducir despacio. Marque uno: Si Dilata Mis Ojos Sin Dilatación

ALERGIAS A MEDICAMENTOS (Lista): _____

LISTA DE MEDICAMENTOS (incluya OTC) _____

Dr. Eric Cheng

12122 Greenspoint Drive, Houston, TX 77060

Phone 281-875-5439/ Fax 281-875-2266

www.visionsource-greenspoint.com

Formulario de consentimiento del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PERMITIRÉ QUE VISIÓN SOURCE GREENSPOINT PUBLIQUE REGISTROS MÉDICOS SOLAMENTE BAJO MI CONSENTIMIENTO.

(Esto significa que se necesitará mi firma por escrito para que se divulgue cualquiera de mis registros médicos)

POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE: ENTIENDO QUE MIS EXPEDIENTES MÉDICOS SON CONFIDENCIALES. ENTIENDO QUE AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ESTOY PERMITIENDO QUE MI INFORMACIÓN MÉDICA SER LIBERADO SÓLO EN CASO DE EMERGENCIA O OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.

TAMBIÉN ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A RESTRINGIR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN ESPECÍFICA EN MIS REGISTROS MÉDICOS SI SOLICITO DICHAS RESTRICCIONES POR ESCRITO. ENTIENDO QUE MI SOLICITUD DE RESTRICCIÓN PUEDE SER NEGADA SI LA INFORMACIÓN RESTRINGIDA SE REQUIERE PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.

HE LEÍDO EL CONSENTIMIENTO ANTERIOR PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ESTABLECIDAS POR LAS REGLAS DE HIPAA Y ACEPTO TODAS LAS FUENTES DE VISIÓN POLÍTICAS. POR LA PRESENTE RECONOZCO QUE SOY FAMILIAR Y COMPRENDO PLENAMENTE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL CONSENTIMIENTO.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____