

Bienvenidos a Great Plains Vision, LLC.

Fecha ___/___/___

(Marque una respuesta con un circulo)

Apellido	Nombre	Sr. Sra. Srta. Dr.	Fecha de Nacimiento
Direccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal
# de Telefono primario	# de Telefono secundario	Dirrecion electronica	Altura/Peso

(Marque una respuesta con un circulo)

Numero de seguro social Casado Soltero Divociado Otro

Persona de contacto en caso de emergencia (No viviendo con ud.) _____ Relacion? _____
Direccion _____ # de Telefono _____

Raza:(Marque una respuesta con un circulo)

Indio Americano o Nativo de Alaska
Asiático
Africano Americano
Hawaiiiano Nativo o Isleño del Pacífico
Caucasiana

Etnicidad:

Hispano o Latino
No Hispano o Latino

Idioma preferido:

Ingles
Español

Empleo :

Empliado
Retirado
Estudiante
Otro: _____

Pacientes Nuevos:

A quien le damos las gracias por referir lo a nuestra oficina? Nombre de pariente or amigo _____
Si nadie lo refirio como escojio nuestra oficina? (Marque una respuesta con un circulo)
Otro Dr. Vio Letrero Paginas Amarillas
Compania de Aseguranza Periódico /Radio/Television Sitio de Internet

Historia Medica

Liste las medicinas que usa incluyendo vitaminas, remedias alternativas, o medicina comprada sin o con prescripcion:

¿ Tiene alergias a alguna medicina? Si ___ No ___ Si ha tenido, explique: _____

Liste todas lesions a su cuerpo ,cirugias, y hospitalizaciones: _____

¿ Esta embarazada? Si ___ No ___ ¿dando pecho? Si ___ No ___

¿ Usa lentes? Si ___ No ___ Si usa lentes, por cuanto tiempo ha tenido sum as resiente par? _____

¿ Usa lenetes de contactos? Si ___ No ___ si los usa, que tipo usa: desechables:de un dia ___ de dos semanas ___
De un mes ___ Duros ___ Otro _____

Historia Familiar:

Por favor note cualquier miembro de familia, vivos o muertos, han tenido las condiciones que se presentan:

Enfermedad/condition	Si	No	?	Relacion a Ud.?
Glaucoma	___	___	___	_____
Catarata	___	___	___	_____
Ceguera	___	___	___	_____
Degeneracion de la Macula	___	___	___	_____
Alta Presion	___	___	___	_____
Diabetes	___	___	___	_____
Otro	___	___	___	_____

Repaso de Sistemas Sistemicas: Tiene problemas en las siguientes areas?:

Sistema	Si	No	?	Sistema	Si	No	?
Allergies/Immunologic				Constitutional			
Alergia a Medicinas	___	___	___	Developmental Disability	___	___	___
Alergia Vernaes	___	___	___	Perdida de Peso	___	___	___
Rheumatoid Arthritis	___	___	___	Calentura	___	___	___
Lupus	___	___	___	Fatigue	___	___	___
Otro	___	___	___	Trauma	___	___	___
Ojos				Genitourinary			
Glaucoma	___	___	___	Enfermedades de transmisión sexual?	_____		
Cataracts	___	___	___	Otro	_____		
Dedeneracion de la Macula	___	___	___	Psychiatric			
Serugia	___	___	___	Depression	___	___	___
Disorden Inflamatoria	___	___	___	Disorden de ansiedad	___	___	___
Vision Nublada	___	___	___	Schizophrenia	___	___	___
Doble Vision	___	___	___	Otro	_____		
Ojos Secos	___	___	___	Oidos, Nariz, Boca, Garganta			
Picazon/comezon	___	___	___	Infecio Respiratoria	___	___	___
Dolor de Cabeza	___	___	___	Dolor de Oido	___	___	___
Otro	_____			Mocosidad Nasal	___	___	___
Musculoskeletal				Resequedad de la gargant	___	___	___
Fibromyalgia	___	___	___	Tinitis	___	___	___
Muscular Dystrophy	___	___	___	Otro	_____		
Osteoarthritis	___	___	___	Hematologic/Lymphatic			
Anemia	___	___	___	Perdida De Sangra	___	___	___
Cardiovascular				Leucemia	___	___	___
Enfermedad de Corazon	___	___	___	Alto Presion	___	___	___
Otro	_____			Otro	_____		
Derrame	___	___	___	Respiratorio			
Enfermedad Vascular	___	___	___	Fuma	___	___	___
Otro	_____			Asma	___	___	___
Gastrointestinal				Bronquitis	___	___	___
Crohn's	___	___	___	Enfisema	___	___	___
Colitis	___	___	___	Otro	_____		
Ulceros	___	___	___	Endorcrinologico			
Digestivo	___	___	___	Diabetes	___	___	___
Otro	_____			Tirodes	___	___	___
Neurologico				Disfunción hormonal	___	___	___
Multiple Sclerosis	___	___	___	Otro	_____		
Epilepsia	___	___	___	Integumentario			
Alzheimer's	___	___	___	Eczema	___	___	___
Parkinson's	___	___	___	Rosácea	___	___	___
Cerebrovascular	___	___	___	Psoarisis	___	___	___

Aseguranza/Medicare renuncia de Obligacion y seguro medico firma de expediente

Yo Certifico que la informacion dada y aplicda por el pago de Medicare es verdadera y correcta. Yo autorizo a mi Medico a actuar como mi agente, ayudando me a obtener el pago de beneficios seran directamente a Great Plains Vision, LLS de mi parte para cualquier servicio o material facilitado. Yo autorizo dar informacion medica sobre mi al Health Care Financing Administration (la Administracion Financiera de Cuidado de la Salud) y a sus administradores cualquier informacion requerida para determinar los relativos beneficos pagados. Si yo tengo otro seguro medico de salud (como indica el articulo 9 de la forma de beneficios HCFA-1500 o por la forma electronica) mi firma autoriza a dar la informacon medica que se lee aqui al asegurador o a la agencia mostrada, y autoriza a mi medico a actuar como mi agente. Aseguranza/Medicare no cubre una fraccion (una parte del examen) y en tiendo que soy responsable de ese pago. Todos los servicios no cubiertos sera la responsabilidad del paciente.

Firma _____

Fecha ___/___/___

Firma de persona responsable _____

Fecha ___/___/___

Firma de la doctora _____

Fecha ___/___/___