

Hagen Eye Care

Fecha: ___ / ___ / ___

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Telefono de Casa: _____ Telefono Celular: _____

Número de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Profesión: _____ Empleador: _____

O si estudiante, nombre de escuela: _____ Grado: _____

Numero Social: _____

Compañía de seguros: _____ Numero de Identificación de Seguro: _____

Nombre del padre o guardián: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo Autorizo que Hagen Eye Care presente toda la información necesaria a mi compañía de seguros para el pago:

Firma: _____ Fecha: _____

No deseo dilatación de mis pupilas en este momento:

Firma: _____ Fecha: _____

¿Cuál es su razón principal para su visita el día de hoy?: _____

¿Cuáles son sus pasatiempos actuales?: _____

¿Actualmente está recibiendo tratamiento para cualquier condición médica? YES or NO

Si la respuesta es sí, ¿Qué tratamiento está recibiendo?: _____

¿está tomando algún medicamento actualmente?: _____

Si la respuesta es es sí, por favor ponga la lista de medicamentos: _____

ESTADO GENERAL DE SALUD (presente o pasado) Marque todas las que se aplican:

alergias diabetes sensibilidad a los medicamentos enfermedades de los ojos

glaucoma ojo o traumatismo cerebral dolores de cabeza enfermedad cardiaca

Presión arterial alta enfermedad convulsiva enfermedades de la piel tuberculosis

HISTORIA CLINICA FAMILIAR Marque todas las que aplican:

cataratas diabetes enfermedad de los ojos presión arterial alta glaucoma

Nombre del Médico Familiar: _____ Fecha del último examen de salud: _____

CONDICIONES DEL OJO Marque todas las que aplican:

problemas para ver de lejos problemas para ver de cerca ardor picazón tic en los parpados

lagrimeo sensibilidad a la luz resplandor en la noche tensión ocular debido a la computadora

A quien podemos agradecerle por la referencia a nuestra oficina?: _____

Hagen Eye Care

Evaluación de Lentes de Contacto

Quisieramos asegurarnos que todos nuestros pacientes tengan la mejor experiencia posible usando lentes de contacto. Para obtener esos resultados, le agradecemos si pueden tomar un momento para responder las siguiente preguntas.

1. En una escala de 1 a 10, califique su experiencia usando los lentes de contacto al principio del día.

Extremadamente Insatisfecho	Extremadamente Satisfecho
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 10
<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 9
<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 8
<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 7
<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

1. En una escala de 1 a 10, califique su experiencia usando los lentes de contacto al final del día.

Extremadamente Insatisfecho	Extremadamente Satisfecho
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 10
<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 9
<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 8
<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 7
<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

2. Si su respuesta anterior no fue 10, ¿qué lo haría un 10? ¿ Que falta? _____

3. ¿Con qué frecuencia usted reemplaza sus lentes de contacto por un par nuevo? _____

4. ¿Con qué frecuencia usted duerme con sus lentes de contacto puestos?

- Nunca
 De vez en cuando duermo o duermo la siesta
 1 a 3 noches por semana
 Diario
 Otro _____

5. ¿Con qué frecuencia tiene los siguiente síntomas mientras usa lentes de contacto?

	Nunca	A veces	Siempre
Incomodidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resequedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depositos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ojos cansados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritacion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rojez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Prefiere usar lentes de contacto que requieren limpieza regular o lentes que no necesitan ser limpiados?

- Prefiero limpiar y almacenar mis lentes de contacto
 Me gustaría que la comodidad de las lentes que no requieren limpieza regular

Comentarios adicionales:

❖ La evaluación de lentes de contacto no es parte de un examen de rutina y generalmente no está cubierto por el seguro.

Hagen Eye Care

UN CICUENTA POR CIENTO (50%) DE DEPÓSITO ES REQUERIDO EN TODOS LOS PEDIDOS DE MARCOS Y LENTES.

TODOS LOS MARCOS ESTAN GARANTIZADOS POR UN AÑO DESDE LA FECHA DE ENTREGA POR DEFECTO DE FABRICA.HABRA UN CARGO DE \$15.00-\$20.00 DE REEMPLAZO PARA CAMBIAR EL MARCO. SI EL PACIENTE DECIDE USAR SU PROPIO MARCO Y SE ROMPE, NO SOMOS RESPONSABLES.

SI EL PEDIDO (ORDEN) ES CANCELADO O NO LO RECOGEN DENTRO DE 30 DIASDE SER LLAMADO, EL PACIENTE PERDERA SU DEPOSITO DEL 50 %.

FIRMA: _____

FECHA: _____

Política de ausente

Estimado Paciente,

Entendemos que existen razones legítimas para tener que cancelar una cita. Le pedimos mostrar consideración llamado 24 horas de antemano. Si su cita no es cancelada 24 horas de anticipación, habrá un cargo de no cancelación de **\$50** que no pueden ser cobrados a su seguro.

Gracias por su comprensión.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Quando el paciente es menor de 18 años o incapaz de colocar una firma:

Nombre del tutor: _____

Firma del tutor: _____ Date: _____

{Hagen Eye Care}

RECONOCIMIENTO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

****Usted puede negarse a firmar este reconocimiento****

Yo, _____, he recibido una copia de aviso de esta oficina de prácticas de privacidad.

{Por Favor Imprima Su Nombre}

{Firma}

{Fecha}

Para Uso de Oficina Solamente

Intentamos obtener una notificación de reconocimiento por escrito de nuestro aviso de prácticas de privacidad, pero el reconocimiento no se pudo obtener porque:

- El individuo se negó a firmar
- Barreras de lenguaje impidieron obtener la aceptación del paciente
- Una situación de emergencia nos ha impedido obtener aceptación
- Otro (por favor especifique)
