

POLIZA FINANCIERA

En todo esfuerzo para mejorar el servicio para nuestros pacientes y mantener los costos a un minimo, nuestra oficina mantiene la siguiente Poliza Financiera:

- Pago para todo tipo de examen es requerido al momento de servicio.
- Pago por todos los materiales (lentes y lentes de contacto) es requerido al momento de ordenarlos.
- Excepcion a este plan, sera solamente considerado en base de caso por caso. Cuando haiga excepcion al plan, las cuentas que excedan los 30 dias en retrasos pagaran un Cargo Financiero del 1.5% del balance no pagado. Cuentas que excedan 90 dias seran sujetas a ser referidas a una agencia de coleccion.
- Pagos seran aceptados en efectivo, cheques, Visa y Mastercard.

YO E LEIDO Y ENTENDIDO LA POLIZA FINANCIERA OFRECIDA A MI POR LA OFICINA DE MATTHEW R. HILEMAN, O.D., ST. HELENA OPTOMETRY.

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____

** Firma de los padres es requerida para pacientes bajo la edad de 18 años.*

AUTORIZACION

YO AUTORIZO LIBERAR CUALQUIER INFORMACION MEDICA O INCIDENTAL NECESARIA PARA PROCESAR COBROS DE ASEGURANZA POR CUALQUIER SERVICIO RENDIDO A MI POR, O BAJO LA SUPERVISION DE, MATTHEW R. HILEMAN, O.D., ST. HELENA OPTOMETRY. YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSIBLE FINANCIARIAMENTE POR CUALQUIER BALANCE QUE NO SEA CUBIERTO POR MI ASEGURANZA.

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____

** Firma de los padres es requerida para pacientes bajo la edad de 18 años.*

YO AUTORIZO PAGO DIRECTO DE LOS BENEFICIOS DE ASEGURANZA A MATTHEW R. HILEMAN, O.D., ST. HELENA OPTOMETRY POR LOS SERVICIOS PARA MI, POR EL O LOS SERVICIOS PARA MI BAJO SU SUPERVISION.

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____

** Firma de los padres es requerida para pacientes bajo la edad de 18 años.*

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Provider's Signature _____ **Date** _____

Verification of information/update of changes

Staff Initials _____ Date _____ Nature of change _____

Staff Initials _____ Date _____ Nature of change _____

Staff Initials _____ Date _____ Nature of change _____

ST. HELENA OPTOMETRY

MATTHEW R. HILEMAN, O.D.

1104 ADAMS STREET, SUITE 101 ST. HELENA, CA 94574 (707) 963-7923

HISTORIA MEDICA CONFIDENCIAL

POR FAVOR CONTESTE CON LETRA DE MOLDE

FECHA _____

Aunque los profesionales del cuidado de los ojos primordialmente tratan los ojos y las estructuras asociadas con ello, sus ojos son parte del cuerpo completo. Problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que pueda usted estar ingiriendo, pueden tener un efecto significativo en sus ojos y en el tratamiento que usted necesite. Tambien, su estilo de vida, hobbies, o su ocupacion puede influenciar la recomendacion de receta para sus lentes y lo lentes de contacto. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

Nombre _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Masculino Femenino

Fecha del ultimo examen de ojos Date of last eye exam _____ ¿Usa anteojos? Do you wear glasses? Sí No

Nombre de su Médico Physician _____

HISTORIA OCULAR Ocular History

Lentes de Contacto Contact Lenses

¿Usa lentes de contacto? Do you wear contact lenses Sí No

Si marcó no, le gustaria usar lentes de contacto? If not, would you like to wear contact lenses? Sí No

¿Qué tipo de lentes usa? CL type Lentes Desechables Disposable Lentes Suaves Estándar Standard Soft Lentes Rígidos Rigid

Si usa lentes desechables, ¿cada cuánto tiempo los cambia? If you use disposable lenses, how often do you throw them away? _____

Si usa lentes de contacto, ¿Qué soluciones de limpieza utiliza? What solutions do you use? _____

¿Alguna vez ha dormido con sus lentes de contacto? Do you ever sleep while wearing your contact lenses? Sí No

¿Cada cuanto? How often? _____

Cirugía Surgery

¿Ha tennido cirugía refractiva? Have you ever had refractive surgery? Sí No

Si marcó sí, especifique la clase de cirugía If yes, specify type RK PRK LASIK

¿Está interesado en tener cirugía refractiva? Are you interested in refractive surgery? Sí No

Salud Ocular Ocular Health

Usted tiene o ha tenido algún problema en las siguientes areas (Favor de marcar todo lo que aplique.) Do you have, or have you ever had, problems with any of the following?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>		<u>Sí</u>	<u>No</u>
Visión borrosa Blurred Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión distorcionada Distorted Vision/Halos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de visión periférica Peripheral Vision Loss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doble visión Double Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sequedad Dryness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presencia de mucosa Mucous Discharge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación arenosa Sandy/Gritty Feeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picazón/Comezón Itching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ardor Burning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma/lesión del ojo Eye Trauma/Injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luces en su visión Flashes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos cansados Tired Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIA SOCIAL Social History

¿Ud. fuma? Do you use tobacco? Sí No Si marcó sí, incluya clase/cantidad/tiempo que fuma Type/amount/how long _____

¿Ud. toma alcohol? Do you drink alcohol? Sí No Si marcó sí, incluya clase/cantidad/tiempo que toma Type/amount/how long _____

HISTORIA PERSONAL/FAMILIAR Personal/Family History

Liste todo tipo de medicinas que toma (incluya píldoras anticonceptivas, aspirina, remedios caseros y medicinas sin receta médica) List any medications you are currently taking _____

Liste alergias a medicinas List any allergies to medicines _____

¿Está embarazada o lactando? Are you currently pregnant or nursing? Sí No

¿Es usted alérgico a latex? Are you allergic to latex? Sí No

HISTORIA PERSONAL/FAMILIAR (CONT.) Personal/Family History (Cont.)

¿Usted o alguna de su familia inmediata (padres, abuelos, hermanos, hijos) tiene o alguna vez tuberion, cualquiera de lo siguiente? (Favor de marcar todo lo que aplique.) Do you or an immediate family member (parents, grandparents, siblings, children) currently have, or have ever had, any of the following?

	Usted You		Familia Family		¿Cómo se relaciona a usted? Relation
	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	
Ceguera/perdida de visión Blindness/loss of vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estrabismo Crossed eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración macular Macular Degeneration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desprendimiento de la retina Retinal Detachment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la retina Retinal Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
DiabetesDiabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del corazón Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión alta High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro Other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

RESUMEN DE SISTEMAS Review of Systems

Usted tiene o ha tenido algún problema en las siguientes areas (Favor de marcar todo lo que aplique.) Do you have, or have you ever had, problems with any of the following?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>		<u>Sí</u>	<u>No</u>
Cambios de Peso/Fiebre Fever/Weight Loss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad vascular Vascular Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la piel Skin Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto High Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea crónica Chronic Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias/Fiebre de Heno Allergies/Hay Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñon/Vejiga Kidney/Bladder Func.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sequedad Boca/Garganta Dry Throat/Mouth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden de la sangre Blood Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro Other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumatoidea Rheumatoid Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ACTIVIDADES DEL PACIENTE Patient Lifestyle

¿Usted tiene niños? Do you have children? Sí No ¿Cuantos? How many? _____ Cuales son las edades? Ages? _____

Por favor, indique las actividades en las que usted participa Please check activities in which you participate

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leer Reading | <input type="checkbox"/> Golf | <input type="checkbox"/> Pescar Fishing |
| <input type="checkbox"/> Ir al cine/atender obras Movies/plays | <input type="checkbox"/> Beisbol Baseball/softball | <input type="checkbox"/> Cazeria Hunting |
| <input type="checkbox"/> Ver Television Watching TV | <input type="checkbox"/> Tenis Tennis | <input type="checkbox"/> Acampar Camping |
| <input type="checkbox"/> Juegos de Mesa Card or board games | <input type="checkbox"/> Fronton Racketball/handball | <input type="checkbox"/> Escalar Montañas Hiking/backpacking |
| <input type="checkbox"/> Fotografía Photography | <input type="checkbox"/> Paintball | <input type="checkbox"/> Pintar/Dibujar Painting/drawing |
| <input type="checkbox"/> Coser/Tejer Sewing/needlework | <input type="checkbox"/> Futbol Soccer | <input type="checkbox"/> Tocar instrumentos musicalesInstrument |

¿Estaria interesado en recibir informacion sobre lentes de proteccion o lentes para deportes? Are you interested in receiving information about sports or safety eyewear? Sí No

Firma del Paciente Patient Signature _____ Fecha Date _____

FOR OFFICE USE ONLY

The information listed above was reviewed and updated

Provider _____ Date _____ Changes _____

Provider _____ Date _____ Changes _____