Centro de visión Gresham
125 Nw Miller Ave
Gresham, O 97030
503-665-3813

Centro de visión Sandy
39400 Pioneer Blvd #3
Arena, O 97055
503-668-4313

www.greshamvisioncenter.com

Bien Venidos a Nuestra Oficina

Nombre_____ Fecha de Nacimiento_____ Edad_____Género_____

Direccion de Enrio_____ Quiere su prescripción disponsible por correo electrónico Si or No
(Por Farvor Cuando)

C_____ Estado_____Codigo Postal_____ Correo electronico_____

Telefono Principal_____ Novil o Casa Empleador_____Telefono_____
(Por Favor Indique)

Telefono Secondaria_____ Novil o Casa Seguro Social#_____(Requerido para facturacion)
(Por Favor Indique)

Seguro de Visión _____ Seguro Medico_____

Miembro Nombre_____ Miembro Nombre_____

Numero de Miembro#_____ Numero de Miembro#_____
(Requerido) (Requerido)

Miembro Seguro Social #_____ Miembro Seguro Social #_____

Razón por su visita hoy?_____ Fecha de Último Examen_____

A Quién le podemos agradecer por recomendar a nosotros oficina?_____

Los Centros de Servicios de Medicare/Medicaid nos exigen incluir la siguiente información en su registro médico

Carrera: Blanco asiático
Negro o afroamericano
Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
Negarse a responder
Indio americano
Otro_____
(Por favor circule uno)

Etnia: Hispano o Latino
No Hispano ni Latino
Negarse a responder
(Por favor circule uno)

Por favor asegúrese de haber leído nuestra política financiera y comprender que lo que nos cotiza su seguro no es garantía de pago..

He leído y comprendido la información de este formulario, el formulario sobre acuerdos de pago y políticas de cobro, divulgación de información médica, asignación de beneficios de seguro y aviso de prácticas de privacidad según HIPAA. Confirmo que hoy recibo una copia impresa de mi receta de anteojos.

Firmar_____ Fecha_____
(Firma del padre o tutor si es menor de edad)

Verificado por:_____ Fecha_____ Verificado por:_____ Fecha_____ Verificado por:_____Fecha_____

Nombre Del Paciente _____ Historical Médico

	SER	FAMILIA/RELACIÓN		SER	FAMILIA/RELACIÓN
Alergias	S/N	S/N_____	Cirugía Ocular	S/N	S/N_____
Artritis	S/N	S/N_____	Glaucoma	S/N	S/N_____
Asma	S/N	S/N_____	Enfermedad cardíaca	S/N	S/N_____
Cáncer	S/N	S/N_____	PB alto	S/N	S/N_____
Diabetes	S/N	S/N_____	Impermeable. Degeneración	S/N	S/N_____
Colesterol Alto	S/N	S/N_____	Tiroides	S/N	S/N_____
Lesión ocular	S/N	S/N_____	Otro_____		

¿Algún cambio de salud significativo en el último año?_____

_____

¿Es usted alérgico a algún medicamento? (Por favor enumere) _____

LISTA TODOS LOS MEDICAMENTOS ACTUALES Y LA FECHA EN QUE COMENZÓ A TOMARLOS

_____

_____

_____

Nombre del médico/clínica de atención primaria_____Teléfono_____

DIRECCIÓN_____

¿Estás pensando en reemplazar tus gafas hoy?	Sí	No	¿Alguna molestia en tus ojos?	Si	No
¿Tiene más de un par de anteojos recetados actuales?	Sí	No	¿Problemas con el deslumbramiento, el reflejo y la conducción nocturna?	Si	No
¿Trabajas en una computadora durante largos períodos?	Sí	No	¿Sensibilidad a la lu	Sí	No
¿Pasas mucho tiempo al aire libre?	Sí	No	¿Dolores de cabeza	Sí	No
Si usas lentes de contacto, ¿estás satisfecho con tu visión? y comodidad?	Sí	No	¿Flotadores o destellos de luz	Sí	No
¿Está interesado en la corrección de la visión con láser?	Sí	No			

¿Fumas/vapeas? Sí No En caso afirmativo: Cuantos paquetes_____Cuantos años_____

¿Fumador anterior? Sí No En caso afirmativo: Cuantos paquetes_____Cuantos años_____

¿Cuándo lo dejaste?_____ _____ ¿Usas drogas recreativas? Sí No

Si es así, indique _____