

Información del Paciente			
Nombre Completo			
Fecha de Nacimiento (M/D/A)			
Dirección			
Ciudad, Estado, CP			
Teléfono			
Correo Electrónico			
Asegurancia Médica			
NOMBRE DE LA POLIZA MEDICA			
Identificación (números/letras)			
Grupo #			
Información del miembro principal (Miembro Suscriptor)			
Nombre Completo			
Fecha de Nacimiento			
Últimos 4 números de su SS			
Proveedor de atención médica primaria o referente			
Nombre de la Clínica			
Proveedor de Atención Primaria			
Dirección/Ubicación			
Teléfono			
Fax			
Motivo del Examen (Seleccione uno o más)			
<input type="checkbox"/> Examen Ocular Completo <input type="checkbox"/> Evaluación Neuro-Optometría <input type="checkbox"/> Evaluación lentes de contacto/Lentes de contacto RX actualizados <input type="checkbox"/> Examen ocular para diabéticos <input type="checkbox"/> Visita al consultorio (ojos rojos, flotadores, dolor en la vista, etc.) <input type="checkbox"/> Pruebas Especiales			
Actualidad/Antecedentes de Problemas Oculares			
¿Distancia Borrosa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Sensibilidad a la Luz?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Cercanía Borrosa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Fatiga Ocular?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Parpadeo en la Visión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Ojos Secos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Flotadores?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Ojos Llorosos Lagrimeo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Pérdida de la Visión?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Dolor en la vista?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Dolores de Cabeza?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Comezón en la vista?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Doble Visión?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Ardor?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Giro de Ojos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Lentes/Lentes de Contacto?	<input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Contactos <input type="checkbox"/> Ambos		
Ultimo Examen de la Vista (Mes/Año)			
Antecedentes de Dilatación Ocular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo Se		
Historial Oftalmológico Medico	Yo	Familia	N/A
Glaucoma/Glaucoma Sospechoso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ojo Vago/Estrabismo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ceguera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cataratas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Traumatismo Ocular o Cuerpo Extraño	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Cirugías Oculares Anteriores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Historial Medico		Yo	Familia
Marque "Y" si la condición aplica a usted; <input type="checkbox"/> Adoptado/Desconocido Fam Hx			
Endocrino General	¿Cambio de peso?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Fiebre?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Cambios en el Apetito?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Embarazada/Lactando?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Cansancio?	<input type="checkbox"/> Y	
Oído, Nariz, & Garganta	¿Hx de Cáncer?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Tos? ¿Escurrecimiento?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Boca seca?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Cambios en la Audición?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Problemas de Sinusitis?	<input type="checkbox"/> Y	
Cardiovascular	¿Enfermedad Cardiaca?	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> Y
	¿Alto Colesterol?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Alta Presión?	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> Y
	¿Arritmia?	<input type="checkbox"/> Y	
Respiratorio	¿Apnea del Sueño?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Asma	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Ronquidos Fuertes?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Sarcoidosis?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿COPD?	<input type="checkbox"/> Y	
Genitourinario & Riñón	¿Nefropatía?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Problemas de próstata?	<input type="checkbox"/> Y	
Musculoesquelética	¿Artritis?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Dolor en la articulación	<input type="checkbox"/> Y	
Gastrointestinal	¿Enfermedad de Crohn?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿IBS?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Y	
Piel	¿Eccema?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Danlos de Ehler?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Rosácea?	<input type="checkbox"/> Y	
Neurológico	¿Dolores de Cabeza?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Migrañas?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Conmoción?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Golpe?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Convulsiones?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Esclerosis múltiple?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Alzheimer's?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Problemas de equilibrio?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Tumor cerebral?	<input type="checkbox"/> Y	
	Psiquiátrico	¿ADHD?	<input type="checkbox"/> Y
¿Ansiedad?		<input type="checkbox"/> Y	
¿Depresión?		<input type="checkbox"/> Y	
¿PTSD?		<input type="checkbox"/> Y	
¿Dislexia?		<input type="checkbox"/> Y	
¿Bipolar?		<input type="checkbox"/> Y	
Endocrinológico		¿Diabetes?	<input type="checkbox"/> Y
	¿Tiroides?	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> Y
	¿Anemia?	<input type="checkbox"/> Y	
Sangre/Linfa	¿Anemia falciforme?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿VIH?	<input type="checkbox"/> Y	
Alérgico/Inmunológico	¿Alergias estacionales?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Herpes?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Lyme Dx?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Herpes zóster?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Sjogren's Dx?	<input type="checkbox"/> Y	
	¿Lupus?	<input type="checkbox"/> Y	



Otras condiciones de salud			
Lista de Lesiones/Cirugías			
Lista los medicamentos/las gotas	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Si		
Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/> Ninguno		
¿Consumo de tabaco?	<input type="checkbox"/> Si Actual <input type="checkbox"/> Si - Previo <input type="checkbox"/> No	¿Bebes alcohol?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 1 - Política de Privacidad, Asignación de Beneficios de Seguro, Programa de Recordatorio de Examen

Entiendo que Swoop Eye Care (SWP) puede usar y divulgar la información de salud personal (PHI) necesaria para otro tercero para permitir que SWP realice tareas administrativas, proporcionarme servicios y productos para el cuidado de los ojos, y para procesar mi(s) reclamo(s) de seguro. Reconozco que se me ha dado acceso o he recibido una copia de "Aviso de Prácticas de Privacidad".

Si utiliza un seguro en su visita, presente toda la información relevante antes de su visita. Asigno a Swoop Eye Care todos los pagos del plan médico, si los hubiera, pagaderos a mí por los servicios prestados. Por la presente autorizo la divulgación de información de salud personal (PHI) necesaria para asegurar el pago de beneficios por parte de Swoop Eye Care o de un tercer servicio de facturación para planes dentro de la red. Reconozco y autorizo que Swoop Eye Care o el servicio de facturación de terceros puede comunicarse con cualquier número de teléfono / dirección proporcionada para fines de facturación, anuncios de práctica y anuncios anuales / de oficina recordatorios de visitas.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por su seguro relacionados con mi(s) visita(s). Yo también comprenda el cargo de \$75 por no presentarse o por cancelación tardía de 24 horas de Swoop. Todos los copagos, coseguros y deducibles Los montos (no cumplidos) se deben pagar en el momento del servicio. Tarifas de evaluación de lentes de contacto (generalmente no cubiertas por el seguro ni parte del examen completo de la vista) se deben realizar en el momento del servicio y no son reembolsables.

Las evaluaciones/ajustes deben completarse dentro de los 60 días, a menos que se especifique. También doy mi consentimiento para la entrega electrónica de una copia digital de mi(s) receta(s) de anteojos/lentes de contacto por correo electrónico o sistemas de mensajes de texto. He leído, reconozco y confirmo el aviso de prácticas de privacidad de Swoop, asignación de beneficios de seguro, pólizas de práctica comercial, y que ha revisado su cobertura de seguro.

Firma del Paciente/Tutor:		Fecha:	
---------------------------	--	--------	--

SECCIÓN 2 - Accidente o lesión de vehículo en el trabajo

- ¿Su visita involucra o se relaciona con un accidente automovilístico? **No** **Si**
- ¿Su visita se refiere a una lesión que ocurre en el trabajo? **No** **Si**

SECCIÓN 3 – FACTURA

- Si su visita tiene un copago, coseguro o deducible adeudado, seleccione el mejor método para recibir su factura (si no se cobra en la oficina): **Email/Text** **Email/Text/Correo**

SECCIÓN 4 - Consentimiento INFORMADO para la dilatación y/o OPTOS IMAGING:

Hay dos formas de evaluar la salud de la parte interna de los ojos.

- **Opción 1- DILATACIÓN (sin costo):** Su optometrista le administra un colirio para controlar la salud ocular después de 20 min. La dilatación se recomienda para: - Pacientes nuevos en la práctica, Cambio/aumento de moscas volantes o presencia de destellos de luz, Pacientes muy miopes, Visión inexplicable o cambio en la visión o pérdida de visión, Afecciones oculares o médicas sistémicas conocidas (diabetes, hipertensión, cataratas, etc.)
- **Opción 2 - OPTOS IMAGING (\$35):** La imagen le permite a su optometrista evaluar su salud ocular sin necesidad de instilar gotas para los ojos por \$35. Es posible que se recomiende la dilatación en espera de preocupaciones.

SECCIÓN 5 - OTROS

- ¿Cómo te enteraste de nosotros? _____
- Proporcione el nombre de la persona que lo refiere o del paciente anterior. _____