



DEMOGRAFÍA:

¿Como supiste de nosotros? Facebook Instagram Google
 Proveedor/a de cuidado de la salud Amigo/Familia: _____
 Otro: _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ La edad: _____ SS #: _____

Dirección: _____
(calle) (pueblo/ciudad) (estado) (código postal)

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: Teléfono Texto Correo electrónico

Sexo de nacimiento: Hombres Hembra Género preferido: _____

Preferred Pronouns: El Ella Otro/a: _____

La raza: Indio americano/a o nativo de Alaska Asiático/a Negro o afroamericano/a
 Caucásico/a Hispano/a Otro

Etnicidad: No hispano Hispano/Latino Otro

Idioma principal hablado: _____ ¿Necesitas traductor?: Sí No

Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____

SEGURO:

¿Se requiere una remisión para esta visita?: Sí No Nombre del médico remitente: _____

Seguro médico primario:

Compañía de seguros: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____

Nombre del suscriptor: _____ SS#: _____ Fecha de cumpleaños: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Seguro médico secundario:

Compañía de seguros: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____

Nombre del suscriptor: _____ SS#: _____ Fecha de cumpleaños: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Seguro de visión:

Compañía de seguros: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____

Nombre del suscriptor: _____ SS#: _____ Fecha de cumpleaños: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

***Hay una tarifa de \$ 25 por volver a presentar cualquier reclamo debido a información incorrecta proporcionada en la fecha del servicio.**

- Autorizo el pago de todos los beneficios del seguro por los servicios prestados para esta oficina pagaderos a Legacy Optical.
- Por la presente autorizo a Legacy Optical a divulgar cualquier información requerida por mi compañía de seguros para procesar cualquier reclamo de pago. Reconozco que soy responsable de todos los cargos no cubiertos.
- Todos los copagos y tarifas no cubiertos por el seguro se pagan al momento del servicio.
- Si pertenece a un plan de seguro de Managed Care y necesita una remisión, es su responsabilidad obtener una para su cita. Si no tiene una remisión, debe pagar la totalidad de los servicios prestados al momento del servicio.
- Reconozco que tengo la opción de recibir una copia de las Prácticas de privacidad óptica heredadas que incluyen las nuevas Prácticas de privacidad de HIPAA.
- He leído y acepto el aviso de Legacy Optical sobre facturación de seguro médico y de la vista.

Para discutir o divulgar cualquier información médica, debemos tener un consentimiento firmado en el archivo que permita a Legacy Optical compartir información sobre su atención en nuestra oficina. Esta información se puede cambiar o revocar en cualquier momento con su permiso.

Divulgación de información médica:

- Autorizo a Legacy Optical a compartir información relacionada con mi estado de salud con las personas que se enumeran a continuación.
- Me niego a que se discuta mi información médica con ninguna de las partes *.

*Entiendo que esto podría incluir información como: diagnóstico, pronóstico, planes de tratamiento y medicamentos, resultados de pruebas, recordatorios de citas, facturación médica, seguro y cualquier otra información médica relevante para mi atención.

Enumere los nombres de las personas a las que le gustaría involucrar en su atención médica.

Personas autorizadas:

_____ Relación con el paciente: _____
(Nombre)

_____ Relación con el paciente: _____
(Nombre)

_____ Relación con el paciente: _____
(Nombre)

Firme a continuación para reconocer que ha leído y comprendido la información anterior:

Nombre del paciente: _____ Date of Birth: _____

_____ Fecha: _____

(Firma del paciente / garante)

_____ Fecha: _____

(Firma del padre / tutor si es menor de 18 años)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Estado de Empleo: Empleado Desempleados Retirado Estudiante Militar Activo

Ocupación: _____ Empleador: _____

Pasatiempo: _____

• Último examen de la vista: _____

• ¿Tu te pones? Ninguno Lentes Lentes de Contacto: _____
(Marca de lentes de contacto)

• Propósito de la visita de hoy (marque todos los que correspondan):

Visión borrosa Dolores de cabeza Dolor de ojo Visión doble Deslumbramiento

Dificultad con la visión nocturna Problemas de enfoque Pérdida de visión Flotadores

Destellos de luz Ojos irritados Ojos que pican Ojos rojos Ojos llorosos Ojos secos

Otro: _____

• ¿Alguna vez le han diagnosticado o ha tenido alguna de las siguientes afecciones oculares? Ninguno

Abrasión corneal Úlcera corneal Uveítis Glaucoma Retinopatía diabética

Ojo vago/Ambliopía Ojos secos Herida de ojo Agujero/desgarro de la retina

Degeneración macular Giro de los ojos/Estrabismo Infección ocular Cataratas

Desprendimiento de retina Ciego/a Queratocono

Otras enfermedades oculares: _____

• ¿Historia de la cirugía ocular?: No Sí: _____

• ¿Ve a un oftalmólogo/especialista en ojos? No Sí: _____

• Médico de atención primaria: _____ Última visita: _____

• ¿Tienes algún especialista?: No Sí: _____

• ¿Estás embarazada o amamantando? No aplica No Sí

• ¿Tomas alcohol? No Sí ¿Usa drogas recreativas? No Sí

• ¿Fuma usted? Nunca Ex fumador Actual fumador ¿Con qué frecuencia? _____

• ¿Alguna vez ha sido diagnosticado o tratado por alguno de los siguientes problemas de salud? Ninguno

Alergias Trastorno de ansiedad Artritis Asma Autoinmune Cancer Concusión

EPOC Crohn Depresión Diabetes ERGE Enfermedad cardíaca/ICC

Alta presión sanguínea Colesterol alto Enfermedad del riñón Migrañas Colitis Ulcerosa

Reproductivo/ETS Convulsiones Seno Infarto cerebral Enfermedad de tiroides Vértigo

• Nombre o Listé todos los medicamentos y suplementos de venta libre que toma actualmente: Ninguno

• Alergias a medicamentos: Ninguno Sí: _____

• Nombre o Listé las cirugías anteriores y las fechas aproximadas: _____

• ¿Alguna vez alguien de su familiares ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?

Ciego/a Giro de los ojos/Estrabismo Ojo vago/Ambliopía Queratocono Cataratas

Glaucoma Degeneración macular Desprendimiento de retina Cáncer

Diabetes Enfermedad cardíaca Enfermedad de tiroides Ninguno

En Legacy Optical, nos esforzamos para brindarles a nuestros pacientes el nivel más alto de atención y nos enorgullecemos ofreciendo lo último en tecnología de imágenes oculares. **Junto con nuestras fotos Optomap de campo amplio**, nos enorgullece ofrecer una **nueva tecnología** que proporciona una **evaluación aún más profunda** de su salud ocular.

El escaneo de bienestar retinal utiliza tecnología avanzada llamada **tomografía de coherencia óptica (OCT)** para ayudar a identificar los primeros signos de enfermedades oculares antes de que comience a experimentar problemas de visión.

Este escaneo usa ondas de luz para escanear la parte posterior de su ojo (su retina). Estas imágenes detalladas le brindan a su médico una **vista microscópica** de todas las capas de la retina y pueden ayudar a **detectar señales iniciales de enfermedades** como **la degeneración macular (AMD), glaucoma, la retinopatía diabética, etc.** La detección temprana de enfermedades ayuda a su médico a decidir el mejor plan de tratamiento para usted.

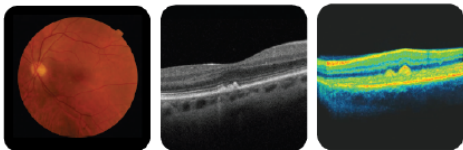
El escaneo de bienestar retinal es una prueba de detección opcional que no está cubierta por ningún seguro. Si se diagnostica una enfermedad o desorden de la retina, entonces puede ser elegible para que su seguro médico cubra imágenes más detalladas con fines de documentación y control de la progresión en todos los exámenes siguientes.

Tome en cuenta que hacerse el Retinal Wellness Scan NO REEMPLAZA LA DILATACIÓN. Este escaneo proporciona una forma alternativa adicional de evaluar su salud ocular. La dilatación se realiza a discreción de su médico y debe hacerse anualmente o cada par de años, dependiendo de los hallazgos del médico.

Todos los pacientes deben esperar dilatación en su cita anual.

Juntos, un examen de los ojos dilatados y un escaneo de bienestar retinal le brindan a su médico la evaluación más profunda de su retina. Recuerda, solo tienes un par de ojos. ¡Cuidalos bien!

DRY AMD

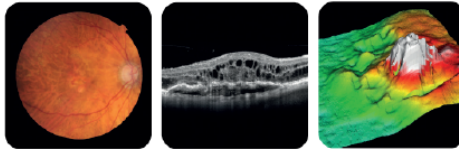


Fundus Photo

B-Scan

3D OCT

WET AMD

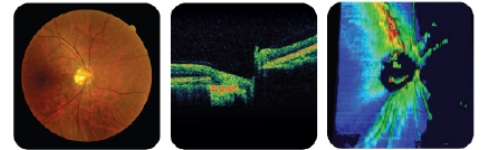


Fundus Photo

B-Scan

Thickness Map

GLAUCOMA

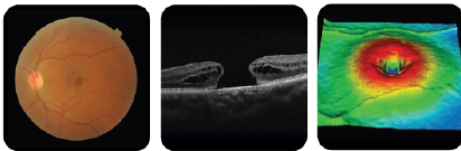


Fundus Photo

B-Scan

Thickness Map

MACULAR HOLE

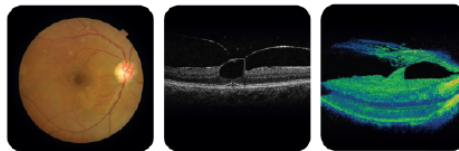


Fundus Photo

B-Scan

Thickness Map

VITREOMACULAR TRACTION

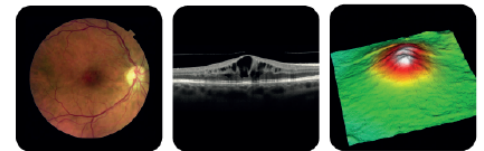


Fundus Photo

B-Scan

3D OCT

DIABETIC MACULAR EDEMA



Fundus Photo

B-Scan

Thickness Map

Elijo hacerme el escaneo de bienestar retinal hoy. Entiendo que hay una tarifa adicional de \$45 por la tecnología avanzada que no está cubierta por mi seguro.

Me **niego** a que me realicen el escaneo de bienestar retinal hoy.

Imprima su nombre: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____