

METRO EYES

Doctors of Optometry and Ophthalmology

NOMBRE DEL PACIENTE: (el apellido, el nombre de pila) _____	FECHA DE NACIMIENTO: # DE SEGURIDAD SOCIAL: ____/____/____ - ____ - ____		
SEXO (MARQUE UNO): MUJER MASCULINO	EL ESTADO CIVIL (MARQUE UNO): SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO		
NO. DE CELULAR:	CORREO ELECTRONICO:		
DIRECCIÓN: _____	CIUDAD: _____	ESTADO: _____	CÓDIGO POSTAL: _____
GUARDIÁN LEGAL (si el paciente es menor de edad): NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ # DE SEGURIDAD SOCIAL: ____ - ____ - ____	GUARDIÁN LEGAL (si el paciente es menor de edad): NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ # DE SEGURIDAD SOCIAL: ____ - ____ - ____		
SEGURO MEDICO	SEGURO DE VISION		
NOMBRE DE LA PÓLIZA: _____ ID DE NUMERO: _____	NOMBRE DE LA PÓLIZA: _____ ID DE NUMERO: _____		
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO	INFORMACIÓN DEL ASEGURADO		
Nombre : _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo (marque uno): MUJER MASCULINO # De seguridad social: ____ - ____ - ____ Relación con el paciente: _____	Nombre : _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo (marque uno): MUJER MASCULINO # De seguridad social: ____ - ____ - ____ Relación con el paciente: _____		

PRIVACIDAD HIPAA: Yo, _____ (nombre completo del paciente o guardián legal), he recibido la notificación de la póliza de privacidad de Metro Eyes y se me ha ofrecido una copia de dicha póliza para mantener en mis archivos. **Permiso para facturar a su asegurado:** Yo certifico que la información dada por mi en la aplicación del seguro y/o el pago es verdadero y correcto. Autorizo a Metro Eyes para actuar como mi agente ayudándome a sostener el pago de mi aseguradora y/o los beneficios. Solicito que los pagos de estos beneficios sean hechos en mi nombre, a Metro Eyes por cualquier servicio y materiales proporcionados como parte de mi examen. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mi a los centros de servicios y a sus agentes a liberar cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos de los servicios relacionados. Si yo tengo otra cobertura de seguro de salud (como se indica en el punto 9 del formulario de reclamación CMS-1500 o reclamación sometida electrónicamente) demanda o reclamación presentada electrónicamente. Mi firma autoriza la divulgación de la información médica a la compañía o agencia de seguros y autorizo a Metro Eyes Para actuar como mi agente, como lo indique anteriormente.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIÁN LEGAL:

FECHA:

_____ / _____ / _____

ACTUALMENTE HA TENIDO O TIENE ALGÚN PROBLEMA EN LAS SIGUIENTES ÁREAS:	SI	NO	
¿Es alérgico a algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene presión anterior alta? (Por favor marque uno). <i>SI NO</i>
Sistema Constitucional (Fiebre, Pérdida/Ganancia de peso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ojos (Visión borrosa, Doble visión, Ojos rojos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Han sido diagnosticado diabetes? (Por favor marque uno).
Oídos, Nariz, Boca, Garganta (congestion nasal/sinusitis, tos crónica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>SI NO</i>
Cardiovascular (Diabetes, Dolor de Corazón, Enfermedad Vasular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiratorio (Asma, Bronquitis crónica, Enfisema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Han sido diagnosticados con glaucoma?(Por favor marque uno).
Gastrointestinal (Diarrea, Estreñimiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>SI NO</i>
Genitourinario (Genitales Riñones/Vejiga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Musculoesquelético (Artritis reumática, Dolor en los músculos, Otras problemas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Han sido diagnosticados con degeneración macular? (Por favor marque uno).
Neurológico (Dolores de cabeza, migraña, convulsiones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>SI NO</i>
Problemas de Sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas Alérgicos/Inmunológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebida alcohol-- Si es asi, con que frecuencia?(Por favor marque uno).
Endocrino: glándula tiroides o otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>SI NO</i>
Psiquiátrico (depresión o ansiedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Si eligió si para cualquiera de las condiciones anteriores, por favor explique: _____ 2. Liste los medicamentos que toma: _____ 3. Si tiene alguna condición no abordada previamente, por favor liste aquí: _____			Fuma-- Si es asi, con que frecuencia? (Por favor marque uno). <i>SI NO</i> _____