



Tara Hake, OD
Tyler Kennedy, OD

Información del Paciente

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ ☐ ☐ ☐ ☐

Estado Civil: _____

Empleador: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Raza/Etnia ☐ Nativo Americano/Isleño del Pacífico ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano
☐ Hispano o Latino ☐ Blanco ☐ Otro

Médico de Atención Primaria: _____

Farmacia Preferida: _____

Fuente de Referencia: _____

Completar ÚNICAMENTE para Pacientes Menores de Edad

Padre/Madre/Tutor Legal 1: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Padre/Madre/Tutor Legal 2: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____



Información de Seguros y Acuerdos

Primario Compañía de Seguros: _____ Número de Póliza: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____ Grupo #: _____

Secundario Compañía de Seguros: _____ Número de Póliza: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____ Grupo #: _____

Acuerdo de Seguro

Autorizo a Manhattan Eye Care a presentar reclamos en mi nombre a mi compañía de seguros por los servicios prestados. Autorizo el pago directo de los beneficios de seguro a Manhattan Eye Care. Entiendo que soy responsable de todos los copagos, deducibles y saldos no cubiertos por mi seguro.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Acuerdo Financiero

Entiendo y acepto la responsabilidad de todos los cargos por servicios médicos prestados que no estén cubiertos por mi seguro. Acepto pagar todos los saldos pendientes dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de facturación.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Acuse de Recibo del Aviso de Privacidad de HIPAA

He recibido y revisado el Aviso de Privacidad de HIPAA de Manhattan Eye Care. Entiendo mis derechos con respecto a la información de salud protegida.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Permiso para Dilatación Pupilar

Se me ha informado que se pueden usar gotas para dilatar mis pupilas para permitir un examen más completo de mis ojos. Entiendo que esto puede causar visión borrosa y sensibilidad a la luz durante varias horas.

_____ Sí, doy mi permiso para la dilatación pupilar si es médicamente necesario.

_____ No, no doy mi permiso para la dilatación pupilar.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Historial Médico del Paciente

Por favor, marque todas las condiciones que haya experimentado o esté experimentando actualmente.

Alergias/Inmunología	Psiquiátrico	Neurológico
Alergias (medicamentos, alimentos, ambientales)	Depresión	Migrañas
Asma	Ansiedad	Convulsiones/Epilepsia
Artritis Reumatoide	Trastorno Bipolar	Accidente Cerebrovascular (ACV)
Lupus	Esquizofrenia	Enfermedad de Parkinson
Otros	Hematológico/Linfático	Esclerosis Múltiple
Ojos	Anemia	Neuropatía
Gafas/Lentes de Contacto	Trastornos de Coagulación	Otros
Ambliopía	Leucemia	Constitucional
Estrabismo (ojos cruzados)	Linfoma	Fiebre
Cataratas	Otros	Pérdida de peso
Glaucoma	Endocrino	Fatiga
Degeneración Macular	Diabetes Mellitus Tipo 1	Otros
Retinopatía Diabética	Diabetes Mellitus Tipo 2	Oído/Nariz/Boca/Garganta (ORL)
Queratocono	Enfermedad de la Tiroides	Pérdida de audición
Infecciones oculares frecuentes	Otros	Zumbido en los oídos (Tinnitus)
Uveítis	Cardiovascular	Sinusitis crónica
Otros	Presión arterial alta (Hipertensión)	Otros
Musculoesquelético	Enfermedad de las arterias coronarias	Respiratorio
Artritis (no reumatoide)	Ataque al corazón	Bronquitis crónica
Dolor de espalda	Insuficiencia cardíaca	Enfisema/EPOC
Osteoporosis	Arritmias	Neumonía
Otros	Colesterol alto	Tuberculosis
Genitourinario	Otros	Otros
Infecciones del tracto urinario	Gastrointestinal	Integumentario (Piel)
Problemas renales	Reflujo ácido	Eczema
Otros	Úlceras	Psoriasis
	Enfermedad Inflamatoria Intestinal	Acné severo
	Síndrome del Intestino Irritable	Otros
	Otros	

Patient Social History

Uso de Tabaco: ☐ Nunca he fumado ☐ Fumo actualmente (cigarrillos/día, años)

☐ Fumador anterior (dejé de fumar en) ☐ Uso de otros productos de tabaco (ej. vapeo, masticables)

Uso de Alcohol: ☐ No bebo ☐ Ocasionalmente ☐ Regularmente (bebidas/semana) ☐ Aumento del consumo

Aficiones y Actividades:

Problemas de Visión:

Gafas/Lentes de Contacto: ☐ Uso gafas para leer ☐ Uso gafas para ver de lejos

☐ Uso lentes de contacto (Tipo: , Frecuencia de uso:) ☐ Nunca he usado gafas o lentes de

contacto ☐ Última refracción:

Gracias por completar este formulario. Por favor, entréguelo al personal de la recepción. Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de este formulario, no dude en consultarnos. Su comodidad y comprensión son importantes para nosotros.