

# Bienvenidos a Preston Eye Center

Por favor tome un momento para llenar esta pagina para ayudarnos a completar las necesidades para el cuidado de sus ojos.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Si es Niño/a, Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Trabajo/Ocupación \_\_\_\_\_ Seguro Medico \_\_\_\_\_

Numero de seguro medico \_\_\_\_\_ Nombre de la persona Asegurada \_\_\_\_\_

Ultimo examen de ojos \_\_\_\_\_ Doctor Primario \_\_\_\_\_

Como escuchó de nosotros \_\_\_\_\_

**Propósito de la visita** (circule):    **Lentes**        **Lentes de Contacto**        **Ambos**        **Otro**

\*\*\* Por favor circule si cualesquiera de las siguientes condiciones aplican a usted o su familia.\*\*\*

**Diabético** (Usted / Familia)    **Presión Alta** (Usted / Familia)    **Problemas de corazón** (Usted / Familia)

**Ojo Perezoso** (Usted / Familia)    **Problemas Respiratorios** (Usted / Familia)    **Glaucoma** (Usted / Familia)

**Doble Visión** (Usted / Familia)    **Cirugía de Ojos** (Usted / Familia)    **Accidente en la cabeza/ojos** (Usted / Familia)  
**Dolores de cabeza** (Usted / Familia)

Indique cualquier medicación que usted esté tomando actualmente \_\_\_\_\_

Es alérgico a cualquier medicina? \_\_\_\_\_

## **Foto del Campo de Visión y de la Retina (por favor circule)**

**FOTO del CAMPO DE VISIÓN/FOTO de la RETINA** - los instrumentos automatizados altamente avanzados proporcionan una prueba más cuidadosa. **El analizador del campo** de visión puede comprobar para saber si hay pérdida de vista en las áreas centrales y periféricas. La prueba del campo de visión puede asistirnos en la detección temprana del glaucoma, de los problemas retinianos, y de algunas enfermedades neurológicas tales como tumor de cerebro, etc. **La foto de la retina** puede documentar el progreso de la salud de sus años excesivos de la retina y del nervio óptico. . Si es determinada para ser médicamente necesaria por el doctor, **su seguro médico cubrirá** estas pruebas.

**EXAMINACIÓN DILATADA** - esto permite una vista más cuidadosa de la retina. Una examinación dilatada puede detectar muchas condiciones dentro del ojo que no se puede detectar durante una examinación rutinaria del ojo tal como glaucoma, diabético e hipertenso retinopatía, catarata. La dilatación se recomienda fuertemente para todos los pacientes.

\_\_\_\_ **NO** – Rechazo tener el examen de dilatación

\_\_\_\_ **SI** Me gustaría tener el examen de dilatación

Nuestra oficina proporciona una examinación comprensiva cuidadosa del ojo por glaucoma del monitor, las cataratas, la degeneración macular y otros desórdenes. Puesto que estas condiciones pueden cambiar dentro de un año, tenemos gusto de verle **anualmente** para el cuidado paciente continuo. Hacemos fácil haciendo su pre-cita para usted. Incluso le llamaremos un mes por adelantado para recordarle. Deje por favor nuestro mostrador saber si usted no es cómodo con la pre-cita. **Firmando abajo, reconozco que recibí y entendí el aviso de privacidad de Preston Eye Center.**

**Firma del Paciente o Representante Legal** \_\_\_\_\_