



PEACHTREE EYE ASSOCIATES P.C.

3393 Peachtree Road NE
Suite B128
Atlanta, Ga 30326

T (404) 233-9296
F (404) 841-9908

INFORMACION

FECHA DE HOY

NOMBRE APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCION (CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

NUMERO DE TELEFONO (CIERCULE EL NUMERO PREFERIDO) E-MAIL

CASA () - TRABAJO () - CELLULAR () - ESTADO CIVIL SOLTERO CASADO OTRO OJO DOMINANTE DERECHO IZQUIERDO AMBOS NO SE

SEGURO PRIMARY VISION POLIZA # NOMBRE EL LA POLIZA

PADRE O GARDIAN LEGAL (SI ES MENOR DE EDAD)

RAZON PARA LA VISITA

EXAMEN PARA ANTEOJOS EXAMEN DE LENTES DE CONTACTO AMBOS VISITA MEDICA OTHER

(HPI) INDIQUE SI HA EXPERIMENTADO RECIENTEMENTE ALGUNO DE LOS SIGUENTES SINTOMAS

NINGUNO DESTELLOS DE LUCES PUNTITOS FLOTANTES PICAZON ARDOR VISION DOBLE DOLOR DE CABEZA DESLUMBRAMIENTO EN LA NOCHE

EXPLIQUE

REVISION DE SISTEMAS: PADECE O TIENE ALGUNA DE LAS SIGUENTES CONDICIONES?

CONSTITUCION NO CANCER DISABILIDAD DE DESARROLLO OTRA

OIDO, NARIZ, GARGANTA NO SINUSITIS LARINGITIS RESEQUEZAD BUCAL PERDIDA DE OIDO OTRA

PSIQUIATRICO NO DEPRESION BIPOLAR DEFICIENCIA DE ATENCION ANSIEDAD OTRA

CARDIOVASCULAR NO PROBLEMAS VASCULARES DERRAME HIPERTENSION INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CARDIOPATIA

RESPIRATORIO NO EMFISEMA OBSTRUCCION CRONICA BRONQUITIS RONQUIDOS ASMA

GASTROINTESTINAL NO PROBLEMA DEL COLON ERUPTO ACIDO COLITIS CRON ULCERA OTRO

GENITOURINARIO NO PROBLEMA DE PROSTATA HERPES CANCER DE PROSTATA EMBARAZO CLAMIDIA PROBLEMA RENAL

MUSCULOSKELATAL NO OSTEOARTRITIS GOTA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE FIBROMIALGIA OSTEOPOROSIS ARTRITIS

INTEGUMENTARIO NO ROSACEA ECCEMA HERPES BUCAL PSORIASIS RIPIAS OTRA

ENDOCRINO NO DISFUNCION DE LA TIROIDE DISFUNCION HORMONAL DIABETES I DIABETES II OTRA

HEMOTOLOGICO/LYMFATICO NO ANEMIA COLESTEROL ALTO OTRO

ALLERGICO/IMMUNOLOGICO NO LUPUS ALERGIA A MEDICAMENTOS SJOGREN ARTRITIS REUMATICA ALERGIA AMBIENTAL

MEDICAMENTOS:

TOMA ALGUNA MEDICINA? NO SI CUAL

ALERGIAS:

TIENE ALGUNA ALERGIA? NO SI CUAL

HISTORIAL OCULAR: SUFRE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUENTES CONDICIONES?

VISION BINOCULAR NO STRABISMUS AMBLOPIA TERAPIA DE OCLUSION

RETINA NO GLAUCOMA SOSPECHAN GLAUCOMA DESPRENDIMIENTO DE RETINA DEGENERACION DE LA MACULA

CIRUGIA O TRAUMA NO SI

HISTORIAL FAMILIAR: ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA INMEDIATA SUFRE DE LOS SIGUENTES CONDICIONES?

MEDICO NO DIABETES TIROIDE PRESION ALTA CANCER OTRA

OCULAR NO CATARATAS DESPRENDIMIENTO DE RETINA GLAUCOMA DEGENERACION DE LA MACULA OTRA

HISTORIAL SOCIAL: CONSUME ALCOHOL? NO SI CUANTO FUMA? NO SI CUANTO

HISTORIAL DE LENTES DE CONTACTO: UTILIZA LENTES DE CONTACTO? NO SI EXPLIQUE MAS DETALLES

TIPO DE LENTES SUAVES DUROS HIBRIDO NOMBRE CUANTO TIEMPO TIENE ESTE PAR CUANTOS SOBРАН

HISTORIAL DE USO USO DIARIO (EN HORAS) USO DE HOY (EN HORAS)

PERIODO DE REEMPLAZO DIAS/HRS/MESES DUERME CON LOS LENTES PUESTOS HRS/DIAS/SEMANAS/MESES

SISTEMA DE CUIDADO: SOLUCION USADA GOTAS USADAS

ORIENTED TO PERSON PLACE & TIME NO YES



PEACHTREE EYE ASSOCIATES P.C.

3393 Peachtree Road NE
Suite B128
Atlanta, Ga 30326

T (404) 233-9296
F (404) 841-9908

EVALUACION DE LA SALUD OCULAR

Gotas dilatadoras

Dilatar las pupilas con gotas permiten al doctor obtener una mejor visualizacion de las estructuras internas del ojo. Sepa que el uso de las gotas puede causar vision borrosa al leer o al ver a lo lejos. Tambien experimentara aumento de sensibilidad a la luz por aproximadamente cuatro a seis horas. La dilatacion de las pupilas se puede posponer para otro tiempo mas conveniente si es necesario siempre y cuando sea dentro de dos semanas de la visita inicial. Si tiene alguna otra pregunta, por favor pregunte al doctor. Se recomienda la dilatacion de las pupilas si:

- Este es su primer examen ocular
- Nunca se ha dilatado las pupilas en exámenes previos
- El ultimo examen fue hace mas de un año
- Usted o miembros de su familia inmediata sufren de problemas oculares, diabetes, presion alta o otro problema de salud
- Recientemente ha experimentado destellos de luces o puntitos flotantes
- Es mayor de cuarenta años
- Tiene una graduacion alta en sus espejuelos

Fotografia con Optomap

El Optomap es una camara que nos permite tomar una fotografia de la retina y las estructuras internas de sus ojos sin la necesidad de dilatar las pupilas. La camara convierte las imagenes a fotografias digitales que podran ser revisadas por el doctor con usted. La fotografia suele reemplazar la dilatacion la mayoría de las veces y es un excelente metodo para establecer una base de la apariencia de sus ojos y poder compararlas en el futuro. En algunas ocasiones el doctor todavia requerira dilatar las pupilas si es necesario. Esta fotografia solo cuesta \$34 y puede no estar cubierta por el seguro visual.

- Si doy permiso a que me dilaten las pupilas
- Si doy permiso que me tomen la fotografia a un costo adicional de \$34
- Prefiero que no hagan ninguno de los exámenes, pero entiendo la importancia de el examen

Iniciales _____

ENTIENDO LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo he recibido una copia de las Practicas de Privacidad de la oficina de Peachtree Eye Associates.

Iniciales _____

ENTIENDO LAS PRACTICAS DE RECORDATORIO

Yo he recibido una copia de las Practicas de Recordatorio de la oficina de Peachtree Eye Associates.

Iniciales _____

ACUERDO PARA LENTES DE CONTACTO

Yo entiendo que los lentes de contacto son considerados dispositivos medicos y la ley prohíbe su distribucion cuando el examen fue hace mas de un año. Le proveeremos un par de lentes de contacto de prueba para determinar la receta adecuada. Se le dara la receta de lentes de contacto solo despues de completar las visitas rutinarias y esta sera valida por un año. Entiendo que no todos los lentes de contacto estan diseñados para dormir con ellos, y el/la doctor(a) determinara si soy un buen candidato para ese tipo de lentes. El costo del examen para lentes de contacto no puede remunerarse despues de que los servicios sean otorgados. El examen incluye hasta tres visitas rutinarias mientras sean dentro de 90 dias del examen inicial. Nosotros le otorgaremos una cita para evaluar su progreso con los lentes de contacto, pero sera su responsabilidad asistir a estas citas durante un periodo maximo de 90 dias. Si no mantiene sus visitas y excede el tiempo de 90 dias habran cargos adicionales y probablemente se necesite hacer un examen completo.

Iniciales _____

AUTORIZACION PARA EL SEGURO VISUAL O MEDICO

- Yo entiendo que soy responsable por los costos del examen.
- Yo autorizo que utilizen esta forma y alguna otra informacion necesaria para someter cargos a mi seguro.
- Yo autorizo al doctor para que actue como mi agente para obtener pago del seguro y pago directo al doctor. Iniciales _____

NOMBRE _____ APELLIDO _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

FIRMA (PADRE SI ES MENOR DE EDAD) _____ FECHA ____/____/____