



Valley Vision

Nombre: _____ Sexo: M F Pronombres: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Correo Electronico: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 **Marque todo lo que corresponda**
 usa anteojos usa contactos Quiere contactos Quiere anteojos

.....**RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**.....
 Recibí una copia del aviso de prácticas de privacidad de Valley Vision;
 Firma : _____ Fecha: _____

..... **PACIENTES CON SEGURO MÉDICO Y/O DE VISIÓN**

Nos complace presentar sus reclamos médicos y de la vista en su nombre y haremos todo lo posible para ayudarlo a recibir sus máximos beneficios. Sin embargo, al firmar esta declaración, usted comprende que es financieramente responsable de todos y cada uno de los cargos incurridos por usted y no pagados por su seguro.

Firma: _____ Fecha: _____

..... **USO DE PERSONAL**

Prim. Med: _____	Prim. Vis.: _____	Sec. Vis.: _____
MC Advantage: Yes/No _____	Exam: Yes/No _____	Exam: Yes/No _____
OV Copay: _____	Frame: Yes/No _____	Frame: Yes/No _____
Deductible _____	Lenses: Yes/no _____	Lenses: Yes/No _____
Sec. Med.: _____	Contacts: Yes/No _____	Contacts: Yes/No _____
OV Copay: _____	Photo: Yes/No _____	Photo: Yes/No _____
Deductible: _____		

<input type="radio"/> SV Distance/Reading	<input type="radio"/> Computer SV/ BG/prog	<input type="radio"/> BF	<input type="radio"/> TF	<input type="radio"/> Progressive	: <input type="radio"/> RX Suns CL Fit: _____
<input type="radio"/> Poly	<input type="radio"/> High Index 1.67	<input type="radio"/> High Index 1.7+	<input type="radio"/> Glass		
<input type="radio"/> AR	<input type="radio"/> Photochromic	<input type="radio"/> Polarized	<input type="radio"/> Blue Light	<input type="radio"/> Tint	

Historial Médico Personal

historial médico

Medicamentos: _____

Alergias: _____

Condiciones/problemas oculares anteriores: _____

Lesiones/cirugías pasadas: _____

Nombre/ubicación de su médico: _____

- Embarazada Enfermería Unidades Tobacco Alcohol
¿Tipo/cantidad/ duración? _____ ¿Tipo/cantidad/duración? _____

Historial médico de su familia

- Ceguera Bizco Enfermedad del riñon
 Cataratas Lupus Enfermedad de tiroides
 Glaucoma Diabetes Artritis
 Degeneración macular Cardiopatía Cáncer: ¿El tipo? _____
 Desprendimiento de retina Alta presión sanguínea

Salud del Ojo

- Pérdida de la vista Descarga de moco Infección crónica Retinopatía diabética
 Pérdida de la vista Sentimiento arenoso Orzuelos Glaucoma
 vista distorsionada Comezón/Itching Destellos de luz Degeneración macular
 Sequedad Ardor Puntos negros Desprendimiento de retina
 visión doble Excesivamente llorosos Ojos cansados
 Enrojecimiento Sensibilidad a la luz Cataratas

Revisión de sistemas

Respiratorio

- Asma
 Bronquitis

Gastrointestinal

- Diarrea
 Colitis
 Enfermedad de Crohn
 Úlceras
 Estreñimiento

Piel

- Eczema
 Rosáceo
 Soriasis

Constitucional

- Fiebre
 Pérdida/ganancia de peso
 Fatiga
 Trauma

Endocrino

- Esclerosis múltiple
 Diabetes (insulina)
 Diabetes (Sin-Insulina)
 Disfunción tiroidea
 disfunción hormonal
 Problemas de riñon

Musculoesquelético

- Fibromialgia
 Distrofia muscular
 Osteoartritis
 Espondiloartritis anquilosante

Oídos/Nariz/Garganta

- Alergias
 Congestión nasal
 Goteo postnasal

Cardiovascular

- Cardiopatía
 Hipertensión

Linfático / Hematológico

- Anemia
 Problemas de sangrado
 Leucemia

Neurológico

- Dolores de cabeza
 Migrañas
 Convulsiones

Alérgico / inmune

- Alergias a medicamentos
 Alergias estacionales
 Lupus

Genitourinario

- ETS