

INFORMACION DEL PACIENTE

(por favor use letra de molde)

Nombre: _____
Apellido
Primer nombre
Segundo Nombre

Direccion: _____
Numero y Calle
Ciudad
Codigo Postal

Sexo: Masc. Fem. Edad: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Seguro Social # _____ - _____ - _____ Ocupación _____

Tel. Casa: () _____ Tel. Trabajo: () _____

Fue usted recomendado (a) a esta oficina? Si No ¿Por quien? _____

Nombre del asegurado (a): _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ S.S. _____ - _____ - _____ Relacion con paciente _____

1. Aproximadamente, cuando fue su ultimo examen de la vista? _____ Nombre del Dr. _____

2. Ha usado anteojos o lentes de contacto? Si No ¿Cuándo le dieron los ultimos? _____

3. Indique todos los sintomas que tenga: (circule)

Comezion/dolor en los ojos Sequedad/lagrimo/ardor	Manchas que flotan Sensibilidad a la luz	Vision doble Relámpagos /luces	Dolor de cabeza Otros _____
--	---	-----------------------------------	--------------------------------

4. Padese usted de Alergias? Si No Explique Si Tiene _____

5. Usted o alguien en su familia (abuelos, padres, hermanos (a), padese de una o varias de estas condiciones:

	Self	Relatives		Self	Relatives		Self	Relatives
Problemas de la retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataracts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta precision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervios/tratamiento psiquiatrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucomá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alto Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides/otras glandulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en musculos/articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros _____		

6. Cuando fue su ultimo examen fisico por un medico? _____ Nombre del Doctor. _____

7. Esta usted tomando algun medicamento? _____

8. Ha tenido una reaccion alergica a un medicamento incluyendo gotas: _____

9. Ha tenido alguna enfermedad fisica, herida, o cirugia: _____

10. Cuantas horas usa la computadora? _____ Mencione el deporte o hobby que practica? _____

11. Usted: Fuma Toma usa drogas

Solicito que los pagos de beneficios por cualquier servicio prestado, autorizados por Medicare u otras aseguranzas sean hechos en mi favor BOGARD CHANG, O.D. Autorizo a cualquiera que tenga información medica sobre mi a liberar dicha información a los Administradores de Salud y sus agentes, cuando sea necesario para establecer los beneficios a pagar por los servicios recibidos.

ACKNOWLEDGEMENT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I've acknowledged and agree to Dr. BOGARD CHANG O.D. Notice of Privacy Practices and a copy of the Notice of Privacy had been made available for me to keep for my Records on the date identified below.

Firma del paciente _____

Fecha: _____

Firma del padre o tutor autorizado (solamente si el paciente es menor de edad) _____

Reviewer Signature _____

Fecha: _____

NAME: _____ DATE: _____ AGE: _____

CC: _____
 CL _____
 Km _____

No change in medical health since last visit
 Oc. Hx: () glc () cat () inj/surj () _____

Med. Hx: () DM () HTN Allergies: _____ Meds: _____

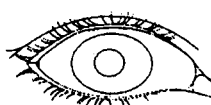
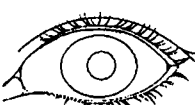
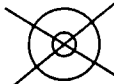
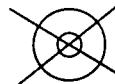
Hab Srx / CL / sc _____ Near _____ P R R L () APD NPC: TTN: <5 <10 <15 cm
 EOMS: full _____ CONF: OD _____ OS _____
 Cover test D _____ N _____ Color _____ ou
 Other: _____

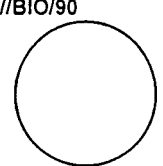
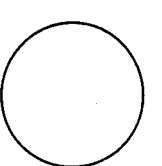
Add _____ Auto _____
 Ret. _____

SUBJ: OD: _____ 20/ _____
 OS: _____ 20/ _____
 FINAL Rx (TF)

ADD / amp _____ RS _____ OU _____
 Wet OD
 OS

GAT: OD _____ OS _____ am pm 1gt Tetain 1% Mydral 2.5% Neofrin OD OS OU

	Lids Lashes Conj Cornea Iris A/C Angles Lens			
--	---	---	---	--

DO//BIO/90 	Vitreous ONH Margin C/D A/V Macular Periphery	
---	---	---

A) .

P)

RTC 1 2 3 6 wk mon yr Dr. Sign _____ Date _____

Comprehensive	92004	Visual Field Compreh 30-2	92083	Silicon Plugs	68761	E1, E2, E3, E4
	92014 est	Intermediate screening	92082	Extend Slit Lamp (MCal)	Z2704	
Intermediate	92002		92081	Collagen Plugs (MCal)	Z2712	
	92012 est	Fundus Photo	92250 R, L	Gonioscopy	92020	
		Laser Scan	92135 R, L	Pachymetry	78514	
Refraction	92015	Blood Flow	92499			
		Punctual dilate irrigate	68801			
E / M Moderate	99204	Epilation (slit lamp)	67820			
	99214 est	<input type="checkbox"/> Patient has history of inability to adapt bifocals symptom of nausea, double vision, HA, dizziness 2 prs SV in lieu of were prescribed				
Detail	99203	<input type="checkbox"/> Patient lost glasses and can't find them even after several attempts				
	99213 est	<input type="checkbox"/> Patient's frame were broken beyond repair no signs of abuse				
Expand	99202					
	99212 est					