



Evaluación refractiva Información del paciente

Información del paciente

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Edad ____ Sexo M / F

Dirección _____ Correo electrónico _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Estado civil _____

Teléfono celular # _____ Teléfono alternativo # _____

Empleador _____ Ocupación _____

Médico de atención primaria _____ Optometrista _____

Información de contacto de emergencia Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Teléfono celular# _____ Trabajo # _____

Pasatiempos / Actividades extracurriculares

Historial médico

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones?

- Embarazo Lactancia materna Artritis Diabetes Presión arterial alta Cicatrices queloides
- Bronquitis Enfisema Asma Falta de aliento Ataque cardíaco Dolor en el pecho
- Marcapasos Tiroides Vejiga / Riñón Hepatitis / ictericia VIH / SIDA
- Fume si **SÍ**, cuánto ____ paquetes por día ____ años
- Otro _____

Altura _____ Peso _____

Enumere todos los **medicamentos** que esté tomando actualmente, incluidas las gotas para los ojos

¿Ha tomado Accutane o un derivado de él? _____

Alérgico a cualquier medicamento _____

Enumere cualquier condición ocular previa, lesiones oculares, cirugías oculares

Lentes o Lentes de Contacto

¿Usa actualmente? Lentes Lentes de Contacto

Si son lentes de contacto, ¿de qué tipo? Desgaste diario suave Desgaste prolongado suave

¿Usa sus lentes de contacto durante la noche? No Sí, ¿cuánto tiempo? _____

¿Cuántos años ha usado lentes de contacto o lentes? _____

¿Cuándo fue su último examen de la vista? _____

¿Qué te llevó a venir hoy? _____

¿Tiene algún problema con lentes o lentes de contacto?

- Mala comodidad Mala apariencia cosmética Cansado de tener mala visión
 Molestar Limita disfrutar de actividades Seguridad / Protección
 Dependencia Restringe mis actividades físicas Mala visión periférica

Evaluación refractiva Historia del paciente

¿Está en el Atkins u otro programa de dieta?	Sí	No	¿Utiliza drogas recreativas?	Sí	No
¿Tiene ambliopía o solo tiene un ojo funcional?	Sí	No	¿Está inmunodeprimido de medicamentos o tiene SIDA?	Sí	No
¿Tiene o ha tenido herpes simple o herpes zóster con sus ojos	Sí	No	¿Tiene algún problema con la anestesia?	Sí	No
¿Tiene queratoconos?	Sí	No	¿Ha tomado esteroides en los últimos 2 meses?	Sí	No
¿Diagnosticado con glaucoma?	Sí	No	¿Bebe bebidas alcohólicas?	Sí	No

En una escala del 1 al 5, indique qué tan importante es lo siguiente:

	Menos	No muy	Mas o menos	Mucho	Más
Seguridad del procedimiento	1	2	3	4	5
Experiencia del doctor	1	2	3	4	5
Costo / Gastos	1	2	3	4	5
Estudios a largo plazo	1	2	3	4	5
Financiamiento	1	2	3	4	5
No interferir con el estilo de vida	1	2	3	4	5
Hablando con ex pacientes	1	2	3	4	5

¿Como supo de nosotros?

- Internet / sitio web _____ Radio Amigo _____ Empleado _____
 Pariente _____ Otro _____ Doctor _____

CONSULTA REFRACTIVA

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y EXENCIÓN DE CONSULTA

Yo, _____, por la presente reconozco que entiendo y acepto seguir las políticas descritas por Hodges Eye Care & Surgical Center.

Por la presente doy mi consentimiento para que el personal y los médicos del Centro de atención ocular y quirúrgica de Hodges realicen una evaluación y consulta refractiva **gratuita** hoy.

Entiendo que la evaluación de hoy es **gratuita** y que NO DEBE SER CONSIDERADA EN UN "EXAMEN INTEGRAL PARA LOS OJOS". Además, entiendo que todas las pruebas y los hallazgos acumulados hoy son SÓLO PARA FINES DE LA CONSULTA.

Al firmar a continuación, acepto las políticas anteriores. Por la presente libero y mantengo sin compromiso al Centro Hodges Eye Care & Surgical Center de toda responsabilidad asociada con la consulta refractiva de hoy.

Si continúo y programo mi procedimiento, (cirujía Refractiva) y después elijo no proceder. Entiendo que seré responsable de los honorarios del examen realizado por el médico. El único momento en que estos honorarios no se cobrarán es si se descubre que no soy un buen candidato para un procedimiento quirúrgico refractivo.

Las tarifas para el examen preoperatorio serán de \$ 150.

Firma del paciente

Imprimir Nombre

El día de hoy