

INFORMACION DE PACIENTE

Correo Electronico: _____

Informacion personal

Nombre: _____ Fecha _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Hombre/Mujer _____ # De Seguro
Social _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo
postal _____
De Telefono de Casa () _____ Celular () _____
Trabajo () _____
Ocupacion _____ Nombre de Empleador _____
Domicilio _____ # De Trabajo _____
Estado Civil __Soltero/a __Casado/a __Viudo/a __Divorciado/a
Nombre de Esposo/a _____
Empleador _____
Domicilio _____

Complete si usted esta bajo de la edad de 18 O es Estudiante

Nombre De Padre: _____
Empleador _____

Nombre De Madre: _____
Empleador _____

Quien lo refirio: Amigo/a, Pariente _____ Doctor _____
__Libro de Telefonos __Television __Periodico __Otro _____

Informacion de Seguro Medico

De Medicare _____ Ayuda Publica _____
Compensacion de Trabajadores (si es causa de trabajo su enfermedad) a quien se le cobra?

Otro Seguro Medico _____
de Grupo _____
de Identificacion _____
Nombre de Seguro Medico Segundo _____
Usted responde por el pago y las tarifas?
Si no es usted, a quien se le manda el cobro de servicios?
Nombre _____
Relacion _____ Fecha de Nacimiento _____

CHICAGO EYE SPECIALISTS
Raj K. Goyal, MD, MPH, FACS
7456 S STATE RD. SUITE 302
BEDFORD PARK IL 60638

TEL - 773-873-0052
FAX - 773-873-0054

A quien notificar en caso de emergencia (pariente o amigo/a)?

Nombre: _____
Relacion: _____
Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____
Codigo Postal _____
Telefono: Casa _____ Empleo _____

Cesion Financiera y Acuerdo:

1. Por favor recuerde que seguro medico es considerado un metodo de reembolsar al paciente por cuota pagada al doctor y otros pagan un porcentaje de carga. Usted es responsable de pagar cualquier cantidad de deductible, Co-seguro o cualquier otro saldo que no pague su seguro medico.
2. Yo solicito que pago autorizado por Medicare y/o beneficios medicos se hagan en mi nombre por cualquier servicios asinado a mi. Yo autorizo cualquier poseedor/a de informacion medica que se trate de mi, sea lanzado a la administracion de Financiamiento de Salud, su agentes, o otra aseguradora. Puedo tener, alguna informacion necesaria para determinar estos beneficios pagaderos y servicios asociados.
3. Esta asignacion permanecera en efecto hasta que sea revocado por mi mismo/a en escrito. Una fotocopia de esta asignacion sera considerada valida como una original, yo entiendo que soy financieramente responsable por todo cargos aunque pague o no pague seguro medico. Por lo presente, yo autorizo al seguro medico, liberacion de informacion nesaria para asegurar el pago.

Firma (Paciente o padre/madre si es menor de edad) _____
Fecha _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su salud y historial medico:

1. Esta o a estado bajo cuidado medico por las siguientes enfermedades? (diabetis, alta presion, artritis, etc.)

Si No explique si la respuesta es si.

2. Tiene o a tenido algunas de estas enfermedades de ojos? Glaucoma, Mirada Distraida, OjoVajo, Desprendimiento de retina

Si No explique si la respuesta es si.

3. A tenido alguna sirujia?

Si No explique si la respuesta es si.

4. A estado en el hospital en los ultimos 2 anos?

Si NO explique si la respuesta es si.

5. Toma medicamentos? Si No nombres de medicinas si la respuesta es si.

6. Usa medicamentos/gotas para los ojos? Si No nombre de gotas o medicamentos si la respuesta es si.

Revision de Sistemas

Tiene en este momento alguno de estos problemas?

Si la respuesta es si de alguna cosa, por favor explique

Fiebre cronica, perdida o aumento de peso sin explicacion, cansansio? Si No

Problemas con Oido/nariz/garganta(perdida de la audicion, problema con sinusitis, dolor de garganta)

Si No _____

Problemas de Corazon (falta de respiracion, toz, sibilancias) Si No

Problemas gastrointestinales (acidez, dolor abdominal, diarrea, vomitos) Si No

Problemas urinarios (dolor o incomodidad, sangre en la orina) Si No _____

Problemas musculoesqueleticos (dolor muscular, dolor o infamacion en las articulaciones) Si No

CHICAGO EYE SPECIALISTS
Raj K. Goyal, MD, MPH, FACS
7456 S STATE RD SUITE 302
BEDFORD PARK IL 60638

TEL - 773-873-0052
FAX - 773-873-0054

Explique: _____

Problemas Neurologicos (entumecimiento, debilidad, dolores de cabeza, paralisis) __Si __No
Explique: _____

Problemas psiquiatricos (depresion, ansiedad) __Si __No
Explique: _____

Familia y historial social
Ay problemas medicas o enfermedades de los ojos que corran en su familia (diabetes, alta presion,
cancer, glaucoma, degeneracion macular) __Si __No
Explique: _____

Usted Fuma __Si __No Cuanto: _____
Bebe Alcohol __Si __No Cuanto: _____

Si esta empeado/a, cuanta horas por semana trabaja? _____
Comentarios: _____

Firma _____ Fecha _____

CHICAGO EYE SPECIALISTS
Raj K. Goyal, MD, MPH, FACS
7456 S STATE RD SUITE 302
BEDFORD PARK IL 60638

TEL - 773-873-0052
FAX - 773-873-0054

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestro aviso de practicas de privacidad, proporciona informacion del cual podemos usar y revelar informacion protegida de su salud. Usted puede revisar nuestra noticia que esta disponible en frente de la oficina con personal de recepcion. Segun lo dispuesto en nuestra oficina, estos terminos podran cambiar.

En caso que nuestra noticia cambie, usted podra obtener una copia revisada con nuestro personal de recepcion.

He leído el parrafo y estoy completamente de acuerdo con la declaracion en esto.

Reconozco mi acuerdo con mi firma abajo.

Paciente _____ Fecha _____

Padre/Madre o Guardian (si el paciente es menor de 18 anos) _____
Fecha _____