

**Paciente Demografico**  
*Por favor llena todo la informacion*

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono casero: \_\_\_\_\_ Social Seguridad del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/garante: \_\_\_\_\_ Trabajo/alterno numero: \_\_\_\_\_

Contacto de la emergencia- Nombre: \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Numero: \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Lista de otras personas permitio el acceso al paciente medico informacion del ojo (padrastras, abuelos, hermanos, vigilante)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Paciente referido cerca: Nombre: \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Enumere a cualquier otro medico que puede requerir una letra para sus visita con nosotros

Nombre: \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_

Cobertura de Seguro: Nombre e compania de seguro: \_\_\_\_\_

Nombre de sostenedor de poliza: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Empresario: \_\_\_\_\_ numero de telefono: \_\_\_\_\_

fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguridad Social \_\_\_\_\_

**Honorario de la Refraccion:**

Una refraccion es una prueba para determinarse so o no su nino necesita anteojos, y como fuerte ellos si sea. Algunos seguros compania cubre esta prueba, pero otros no se cubran. Si su seguro no cubren el honorario de la refraccion, usted sear responsable de esto porcion de la cuenta ademas del so-pago.

**He leido y entienden la informacion**

**Iniciales**

Al mejor de mi conocimiento, la informacion ante dicho esta correcto, y yo autorice Children's Eye Center of S.T., P.A. dar la informacion medico a mi compania de seguros. Autorizo el pago de ventajas quirurgico o medicos directamente de Childrens Eye Center of S.T., PA. Emptiendo que soy responsable de todas las cargas no cubiertas por esta autorizacion, y garnatizo por este medio el pago de esta cuenta a 85 NE Loop 410, Suite 112, San Antonio, Texas 78216. Autorizo el lanzamiento de todos los expedientes medicos por encargo de Childrens Eye Center of South Texas, PA.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Oftalmología Pediátrica and Strabismus – Paciente Cuestionario

Por favor marca cualquiera sí o no para cada uno del las preguntas siguientes:

### Reciente Síntomas:

Sí	No		¿Cuánto tiempo?	Sí	No		¿Cuánto tiempo?
		Prueba fallada de la visión				Frotamiento del ojo	
		Ojo que vaga o dado vuelta				Papadear frecuente	
		Visión velada				Sensibilidad ligero	
		No puede hacer el contacto visual normal				Problemas con el trabajo o la lectura cercano	
		El seguir pobre del ojo				Juicio pobre de la profundidad	
		Rasgado o descarga				Dolores de cabeza	
		Ojo rojo o hinchado				Visión doble	
		Párpado droopy				Otros síntomas	

### Historia de los problemas del ojo:

Sí	No		Edad	Sí	No		Edad
		Anteojos				Lesión del ojo	
		El remendar				Cirugía del ojo	
		Glaucoma				Otros problemas del ojo	

### Medicaciones el paciente esta tomando (gotas incluyendo del ojo):

### Alergias de la droga:

### Nacimiento Historia y otros problemas médicos (Revision de sistemas)

\* **Peso de nacimiento:** \_\_\_\_\_ libra \_\_\_\_\_ onza.

(si "sí", cual era la problema?)

Sí	No		Sí	No	
		Problemas durante embarazo			Hospitalizacion
		Problemas durante entrega o fórceps usado			Cirugía anterior (con excepcion del ojo)
		Nacimiento más de 2 semanas temprano			Lesiones (con excepcion del ojo)
		Bebé mantenido al hospital debido a enfermedad			Alergias(lists)
		Desarrollo retrasado			Pérdida de la fiebre o del peso
		Inhabilidad que aprende o desorden de la atencion			Oído, nariz, o garganta problemas
		Down Syndrome			Problemas del corazón
		Paralisis cerebral o cerebro lesion			Enfermedad de la pulmón
		Desorden del asimiento			Riñón o enfermedad urinaria
		Hidrocefalia (desviacion?)			Artritis o problema del empalme
		Tumor de cerebro			Cáncer or tumor (con excepcion de cerebro)
		Exploracion de CT/MRI (cuando?)			Erupcion de piel
		Anormalidad de Craniofacial			Enfermedad de sangre
		Cromosoma o genético desorden			Otro

Enumere por favor cualquier detalle para cualquier cosa marco "sí" arriba:

---

---

---

---

**Familia Historia:** ¿Cuál de los parientes de la sangre del paciente han tenido cualquiera del siguiente?

(if "yes," which relative, e.g. father, mother, uncle, aunt, cousin, siblings, grandmother/father)

Sí	No		Sí	No	
		Ceguera			Cataratas en niñez
		Ojo Perezoso (ambliopía)			Glaucoma en niñez
		Ojos cruzado o que menear			Otra enfermedad do ojo seria
		Anteojos antes de edad 6			Enfermedad genético (funcionamientos en familia)
		Otras enfermedades serias			Estan ambos padres vivos y en Buena salud

Información detallada de marcado "sí" arriba y otros antecedentes familiares que usted se siente pueden ser de importancia:

---

---

---

---

Por favor muestre y fecha abajo para demostrar que usted ha recibido una copia de nuestro **Aviso de las Practicas de la aislamiento.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Reviewed by initial/date:

---

# Notificacion de Polica de La Oficina

Estimados Pacientes:

Una vez por semana nuestra oficina tiene 45 (cuarenta y cinco) citas perdidas.

Esto significa:

Semanal, 45 veces nuestro personal se la pasa en el telefono hacienda citas.

Semanal, 45 veces nuestro personal llama a los pacientes para recordarles de su citas.

Semanal, 45 veces nuestro personal llamo a las companias de seguro para verificar su plan medico.

Semanal, 45 veces nuestro personal busca los expedientes.

Semanal, 45 veces nuestro personal revisa la razon que viene a ver el doctor.

Semanal, 45 veces la memoria de la computadora fue usada.

Semanal, 45 veces nuestro personal creo una nota en la computadora de la cita perdida.

Semanal, 45 veces el doctor reviso el expediente para notificar al paciente de su cita perdida.

Semanal, 45 veces nuestro personal archivo papeles dentro del expediente del paciente.

Semanal, 45 veces nuestro personal mando por correo la informacio de la cita perdida.

Semanal, 45 veces nuestro personal archivo los expedientes.

Semanal, 45 pacientes tuvieron que esperar mucho mas tiempo para su cita.

Por lo tanto:

Todas las citas perdidas y canceladas en menos de 24 horas de aviso seran cargadas \$35. Usted tendra que pagar \$35 antes de hacer otra cita. El seguro medico no cubre esto.

Si trae una forma medica a su cita o despues, seran llenadas dentro de 10 diaz.

Excusas para el trabajo/escuela y prescripcion requeridas despues de su cita seran procesadas en 48 horas de su llamada.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
firme del testigo