

## Informacion de Farmacia

La receta se enviara electronicamente

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Direccion de la farmacia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

Numero de telefono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Cruce de calles la farmacia esta en (entre que calles):

\_\_\_\_\_

**\*Solo para pacientes menores de 18 anos:**

**Altura del paciente:** \_\_\_\_\_

**Peso del paciente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

McCarthy Eye Center, S.C.

**CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO MEDICO**

Yo doy permiso para el cuidado medico, incluyendo dar mi historia medica, examen fisico, exámenes de laboratorio para evaluar mi condicion, plan de tratamiento o evaluar los resultados. Yo estoy informado que informacion escrita o computarizada relacionada a mi enfermedad, tratamiento o exámenes, serán guardados para los doctors y empleados. Entiendo que informacion de computadora o copias de mi expediente que contienen patologia, radiografias y reports pueden proveerse por personal autorizado a instituciones donde puedo continuar con mi tratamiento. Estoy consciente de que la practica medica no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantias referente al tratamiento o examen. Yo estoy consciente que me pueden dilatar mis pupilas como parte del examen y que quizas no pueda manejar inmediatamente despues del exam. Mi historia medica y mi Seguro puede ser usado por McCarthy Eye Center, S.C. con el proposito de mandar los cobros al Seguro medico para mejorar eficiencia y calidad del cuidado medico.

**Costos**

Todos los costos pertenecientes a nuestra oficina serán enviados a su compania de Seguro. Cualquier deducible, pago de vista al medico (Copago) o alguna diferencia que su Seguro medico no cobra sera responsabilidad del paciente o persona responsable. Si tiene Seguro medico el paciente debe pagar el Copago el dia de la visita medico. Yo entiendo que soy responsable de pagar cualquier deducible o pago no pagado por mi compania de seguro. Si es necesario mandar la cuenta a la oficina de coleccion, yo sere reponsable de para el 30% de la cuentata.

Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

McCarthy Eye Center, S.C.

Notice of Privacy Practices By signing below you acknowledge that you have received a copy of our Notice of Privacy Practices.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Historia Familiar:**

Alguien en su familia ha sido diagnosticado alguna vez con lo siguiente?

Glaucoma	SI _____ NO _____	Quien _____
Ceguera	SI _____ NO _____	Quien _____
Presion arterial alta	SI _____ NO _____	Quien _____
Thyroid	SI _____ NO _____	Quien _____
Autoimmune Disease	SI _____ NO _____	Quien _____
Heart Disease	SI _____ NO _____	Quien _____
Stoke	SI _____ NO _____	Quien _____
Diabetes	SI _____ NO _____	Quien _____

**Historia Social Del Paciente:**

El paciente Fuma?	SI _____ NO _____	Cuanto _____
Alguna vez has fumado?	SI _____ NO _____	
El paciente Bebe alcohol?	SI _____ NO _____	Cuanto _____
El paciente usa Drogas recreativas?	SI _____ NO _____	

**Lista de medicamentos incluyendo gotas para los ojos**

Porfavor en escribir su lista de medicamentos, incluido los miligramos.  
(Incluidos medicamentos sin receta y vitaminas que toma)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Lista de alergias:**

---

---

McCarthy Eye Center, S.C.

**Historial Visual del paciente:**

Usa Lentes ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Usa Lentes de Contacto? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Tienes los Ojos Secos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Tienes algun Lagrimeo/Ardor/Picason? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Alguna vez le han diagnosticado con Glaucoma? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Alguna vez ha tenido una cirugia Ocular Lasik? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Alguna vez ha tenido algun tratamiento ocular con laser? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Le han dicho que tienes Cataractas? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Ha tenido cirugia de Cataratas? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Alguna vez has tenido vision doble? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Alguna vez ha tenido una herida a los ojos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Historial Medico:**

Hipertension SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Enfermedad De Tiroides SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Diabetes SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Tipo 1 \_\_\_\_\_ Tipo 2 \_\_\_\_\_ Ultimo A1C \_\_\_\_\_  
 Artritis SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Trastornos Neurologicos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Asma SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Colesterol Alto SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Cardiopatia SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Trastornos Hemorragicos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Enfermedad Autoinmune SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Si es asi, Cual: \_\_\_\_\_  
 Cancer? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Si es asi de que tipo: \_\_\_\_\_  
 Alguna vez ha tenido una cirugia? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Si es asi, Cual: \_\_\_\_\_  
**\*Solo para mujeres si es aplicable:**  
 Estas Embarazada o Amamantando? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Informacion Del Paciente:**

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

Mujer\_\_\_ Hombre\_\_\_ Orto\_\_\_

**Direccion:**

Calle: \_\_\_\_\_ apt \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social# \_\_\_\_\_

Soltero\_\_\_ Casado\_\_\_ Otro\_\_\_

Numero de Cellular: \_\_\_\_\_

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

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**Information del Doctor Primario /Pediatrician/Subspecialty Info.:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Direccion del oficina de su Doctor: \_\_\_\_\_

Por favor diganos el motive de su visita hoy:

\_\_\_\_\_

Cuando fue tu ultimo examen de ojos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_