

Knoxville Pediatric Ophthalmology, PLLC

Inscripción de paciente

Fecha:

Nombre y apellido del paciente	<u>Sexo</u> M F	Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad	Número de seguro social - - - - -
--------------------------------	---------------------------	--	--

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Fecha de nacimiento de la madre: ___/___/___ Teléfono de casa() _____ Teléfono de trabajo() _____
 _____ Número de seguro social _____ - _____ - _____ Móvil() _____

Nombre y apellido de la madre:

Dirección de la madre:	Ciudad	Estado	Código Postal
------------------------	--------	--------	---------------

Empleador:	Ocupación:
------------	------------

Fecha de nacimiento del padre: ___/___/___ Teléfono de casa () _____ Teléfono de trabajo() _____
 _____ Número de seguro social _____ - _____ - _____ Móvil () _____

Nombre y apellido del padre:

Dirección del padre:	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------	--------	--------	---------------

Empleador:	Ocupación:
------------	------------

Su relación al paciente: Padre/Madre biológico, Padre/Madre sustituto, padrastro/madrastra, Abuelo/a, Tutor legal, Padre/Madre adoptivo, Otro

Nombre de Contacto de emergencia <i>no vive con el paciente:</i>	Relación al paciente:
--	-----------------------

Teléfono: () _____

Seguro Principal	Este seguro es de un empleador? Sí No
------------------	---

Nombre de abonado:	Fecha de nacimiento: / /	Número de póliza Número de grupo
--------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Seguro Secundario:	Este seguro es de un empleador? Sí No
--------------------	---

Nombre de abonado:	Fecha de nacimiento: / /	Número de póliza Número de grupo
--------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Derivado a Dr. Gitschlag por:

 Dirección: _____

Médico de cabecera/Pediatra:

 Dirección: _____

¿Le gustaría que nosotros enviemos una carta a su médico en referencia a su examinación y recomendaciones? **Sí** **No**
Por favor, haga una lista de hermanos que han sido examinados por Dr. Gitschlag o Dra. Schmitt

Autorización de seguro para designación de renuncia de beneficios/información:
 Yo, el/la abajo firmante, autorizo el pago de beneficios médicos a Knoxville Pediatric Ophthalmology por cualquier servicios suministrados por el médico. Entiendo que soy responsable económicamente por el suma que no está pagado por mi contrato. Además, autorizo que divulgan información a la empresa de seguro con respeto a asistencia sanitaria, consejos, tratamiento o suministros provistos a mí. Esta información va a ser usada por la evaluación y administración de las reclamaciones de _____ (Nombre de paciente)

Firma de padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Información Médica

Historia de Ojos

Nombre de paciente: _____

¿Qué problema tiene con sus ojos? _____

¿Ha tenido un enfermedad de los ojos? Lesión? Operación? sí no

Si sí, explique _____

¿Lleva lentes? sí no ¿Bifocales? sí no

Prescrito por optometrista oftalmólogo

¿Lleva lentes de contacto? sí no

¿Alguien le ha dicho que tiene algo del siguiente? sí no

Ojo Vago Bizco Daltonismo Deficiencia de aprendizaje

¿Toma medicaciones para los ojos? sí no

¿Hay historia de las siguientes enfermedades en la familia? sí no

Ceguedad Catarata Daltonismo Glaucoma Ojo vago Estrabismo

¿Cuándo fue el último examen por un médico de ojos? _____

Historia Médica

¿Es alérgico a algo del siguiente? sí no

Penicilina Sulfa Anestésico Otro

¿Toma medicaciones actualmente? sí no

¿Qué medicaciones? _____

¿Alguien le ha dicho que tiene una de las siguientes enfermedades en ese momento o en el pasado?

- | | | | |
|--------------------------|--|--|--------------------------|
| Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia | <input type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> |
| Autismo | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Apoplejía | <input type="checkbox"/> |
| Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> |
| Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> |