				ion Optometry! Fecha de hoy:		_	
Nombre:	r de tomar unos minutos para completar su historia medico						
	Fecha de nacimiento: Sexo (M/F)				/F):		
Si el paciente es menor de edad, nomb							
	Estado, C						
Cellular:	Telefono:			#de Seguro Social:			
Seguro de vision:	Ultima exa	amen	de c	ojo:			
Seguro medico:	Nombre del médi		nédi	co:Ultima examen:			
Cual es la razon de su visita el dia	a de hoy?		 	-		•••••	
Historia Personal	Si	No	1	Historia Social	Si	No	
Glaucoma			1	Usa tabaco (fumado, aspirado/rape)?			
Cataratas			1	Si es así, fuma todos los dias?		+	
Degeneración Macular				Si es no, a fumado en el pasado?		+-	
Herida de Ojo			1 .	Used usa drogas recreativas?		1	
Enfermedad de Retina				Bebe bebidas alcohólicas?		+	
Ceguera		,	1	Está usted embarazada/Amamantando?			
Ojo Volteado/ Estrabismo			1	Ocupacion:			
Ojo Vago/ Ambliopía			1.	Pasatimepos:			
Infección de Ojo			1.	Cuantas horas aldia usa la computadora?			
Ojo Seco				Cuales su actual estatura?			
Alta Presion				Cuales su peso actual?			
Diabetis			1	Democe delillataria del Desir de	t t	1	
Otro Enfermedades?/Prematurity	,			Repaso del Historia del Paciente		No	
Tiene Lentes?	-		1	Constitution (Fiebre, aumento o/perdida de peso)	1		
Tiene lentes de contacto?		٠.	1	Enfermedad Cardiovascular		 	
Si no, legustaria?				(Alta Presion, Derrame Cerebral) Oreja, Nariz, Garganta, Boca		ļ	
Alguna ves tubo sirujia de ojos?				(Alergias, Sinusitis, Seco			
Si si, que tipo de sirujia era? Y porque fue reali	izada?			Respiratorio (Asma, Bronchitis, Enfisema)	1		
Jistoria Familia				Gastrointostin (Diarrea, Estreñimiento)			

Migaria ves tabo sirujia de ojos?		
Si si, que tipo de sirujia era? Y porque fue real	izada?	
Historia Familiar	Si	No
Glaucoma		
Cataratas		ļ
Degeneración Macular		
Herida de Ojo		
Enfermedad de Retina	, .	
Ceguera		- / -
Ojo Volteado/ Estrabismo		
Ojo Vago/ Ambliopía		
Infección de Ojo		
Ojo Seco		
Alta Presion		
Diabetis		
Otro Enfermedades? (Cáncer)		

"是我"。

Repaso del Historia del Paciente	Si	No
Constitution (Fiebre, aumento o/perdida de peso)		T
Enfermedad Cardiovascular (Alta Presion, Derrame Cerebral)		
Oreja, Nariz, Garganta, Boca (Alergias, Sinusitis, Seco)		
Respiratorio (Asma, Bronchitis, Enfisema)		
Gastrointostin (Diarrea, Estreñimiento)		
Genitourinario (Genitales, Renales, Problemas de la vejiga)		
Musculoesa veletico (Artritis, Dolor múscular y articular)		
Integumento (Problemas de la piel)		
Neurologico (Dolor de Cabeza, Migraines, Convulsiones)		
Psiquiatrico (Problemas mentales y emocionales)		
Endocrino (Alteraciones de la tiroides, Diabetis)		
Hematologica/Linfatico (Anemia,Problemas de Sangrado))		
Enfermedad autoimmune (artritis reumatoidea, Lupus eritematoso sistemico)		
Cáncer		

Nombre de Medicamentos: (con o sin receta medic	a)	
Alergias: Tiene used alergia alguna medicina? Si o No, qua	12	
No. 17 1115 to a serious de la Outomodrica (circa and data)	<u> </u>	
Medical History reviewed by Optometrist (sign and date)		
Correo Electro	onico y M ensajes de T	exto
La Regla de Privacidad permite cubierto proveedores de por ejemplo a través de correo electrónico o mensajes o de protección razonables antes de hacerlo. Por favor, se Optometry comunicarse:	le texto, con sus pacientes,	siempre que se apliquen medidas
□ SI, acepto el correo electronico o mensaje de terpor uso) para recibir actulizaciones y mensajes o su correo electronico a continuacion. Si es si, por favor de seleccionar su opcion: □ LOS DOS correo electronico y □ □ SOLO correo electronico □ SOLO mensaje de texto □ NO, yo no doy permiso de usar mi correo electronico numbero de telfono que aparese arriba para rec	le Bell Vision Optometry. Si mensaje de texto onico y mensajes de texto y	es asi, favor de firmar y porporciona prefiero que Bell Vision me llame a
electronico abajo.		
Correo Electrónico/Email		
*		
Firma Del Paciente	i	Fecha
		•
Firma Del Madre/Padre (Si el paciente es menor)		Fecha
	ì	•
Reconocimiento Notificad	ción de Prácticas de P	rivacidad
He recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de Bederecho a cambiar las Prácticas de Privacidad de tiempo a en cualquier momento para obtener una copia de la Notifica	tiempo y que yo puedo comu	inicarme con Bell Vision Optometry
Firma Del Paciente		Fecha
Firma Del Madre/Padre (Si el paciente es menor)		Fecha

Bell Vision Optometry Financial Agreement and Consent to Treatment

The following contains important information concerning your financial responsibilities and your treatment at Bell Vision Optometry. Please read it carefully.

1. FINANCIAL AGREEMENT: I understand payment for services is due in full at the time services are rendered. Direct ship contact lenses must be paid in full at the time of order. Because services are based on medical necessity it is impossible for Bell Vision Optometry to provide a total cost prior to evaluation. I understand Bell Vision Optometry will bill my insurance as a courtesy, but this is not a quarantee that my insurance will pay for services rendered or materials provided. It is my responsibility to know my insurance benefits and coverage. I am responsible for all copays, deductibles, and services or materials not covered by my insurance. In the event that it becomes medically necessary for Bell Vision Optometry to enlist the services of a collection agency and/or legal assistance, I will be responsible for any allocation expenses and reasonable fees. Initial Here 2. NON-COVERED SERVICES: I understand that Bell Vision Optometry's agreements with health insurance plans (i.e. HMOs, PPOs) relates only to items and serves which are "covered" by the insurance plan. I accept full financial responsibility for all items or serves. which are determined by my insurance not to be covered, including the refraction fee. Initial Here 3. MEDICARE: I request that payment of authorized Medicare benefits be made on my behalf to Bell Vision Optometry for services furnished me by Bell Vision Optometry. I authorize any holder of medical information about me to release to the center for Medicare and Medicaid Services and its agents any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related serves. I understand my initials request that payment be made and authorizes release of medical information necessary to pay the claim. I also understand that I am responsible for the deductible, coinsurance and non-covered services. Coinsurance and deductible are based upon the charge determination of the Medicare Carrier. Initial Here Authorization to Bill: I have read and understood the above information and agree to comply with these terms. I authorize my insurance company to make payment directly to Bell Vision Optometry for services and/or materials rendered authorize Bell Vision Optometry to release information about me or my dependents necessary to process any and all claims for reimbursement on my behalf. Authorize to Treat: I also authorize Bell Vision Optometry, it's agents and employees, to furnish optometric care and services including but not limited to, diagnostic tests, examination and other medical and/or surgical procedures, which is deemed necessary in the course of my care. Patient or Parent/Guardian Patient Name (Print) Date Signature Information on Primary Card Holder Primary Cardholder Name: Relationship to patient: Address: _____ Date of Birth: _____ City:______ State: _____ Zip:_____ Work Phone:_____ SSN: Insurance company:______ ID #:_____ Group #: Information on Secondary Card Holder (If secondary insurance available) If same name and info as primary, please only fill insurance company, ID# and Group # Secondary Cardholder Name:______ Relationship to patient:_____

 Address:
 Date of Birth:

 City:
 State:

SSN:______ Work Phone:_____

Insurance company:______ ID #:_____

Group #: