

Bienvenido a Garden City VisionSource!

Office Use Only

J / R _____

New Pt _____

Last exam _____

Paciente information.

Para poder comunicarnos con usted y entregar sus demandas de seguro, necesitamos su EXACTA y ACTUAL información personal. Su compañía de aseguranza negara su demanda a menos que toda la información este exacta. Por favor de llenar su información personal actual.

(Por favor escriba)

Nombre _____ Numero Social # _____
Primera Inicial del segundo Última

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Hombre _____ Mujer _____

Telefono de Hogar (____) _____ Telefono Celular (____) _____ Telefono de Trabajo (____) _____

Paciente Empleador/Escuela _____ Ocupación/Grado _____

Empleador / Dirección de la Escuela _____ Ciudad _____ Estado _____

Codigo Postal _____ E-mail _____

Cónyuge o el nombre del padre _____ Empleador _____ Telefono de Trabajo (____) _____

A quien podemos agradecer por referirle a nuestra oficina? _____

Responsables

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Fecha de Nacimiento _____

Relación con el Paciente _____ Telefono (____) _____ Numero Social # _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Nombre del empleador _____ Telefono de Trabajo (____) _____

Información de Seguros

Nombre del titular de la póliza _____ Relación con el Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero Social # _____

Compañía de Seguros _____

Información sobre el pago: El pago por servicios es requerido ser pagado en total el mismo día.

Seguro de Responsabilidad: Al terminar la reexaminación, se le entregara una declaración detallado. Nosotros aceptamos BC/BS, Vision Service Plan, Superior Vision, Medicare, Medicaid, y Aetna. **Usted es responsable de cualquier pago o pagos que no es cubierto por la aseguranza.** Nos daría mucho gusto ayudarle someter demandas de aseguranza.

Póliza de cheques devueltos: Cualquier cheque devuelto a nosotros por fondos insuficiente automáticamente será mandado a Bartlett & Selzer Collection Specialists con un cobro adicional de \$30.00

(más en la espalda)

Salud Ocular y Personal. El Dr. Johannes y la Dra. Reimer piden que llenen esta tabla con su condición de salud actual. Es muy importante que su doctor/a este enterado/da de estas condiciones de salud para determinar las mejores decisiones medicas para usted. Aunque ya sea un paciente aquí, por favor de contestar las siguientes preguntas concerniente su estado de salud.

¿Qué problemas de la visión o los problemas de salud del ojo usted está experimentando? What vision problems or eye health problems are you experiencing?
Por favor de hacer una lista de los medicamentos que esta tomando: Please list all medications you are taking:
Por favor de hacer una lista de los medicamentos de la cual tiene una reacción alérgica: Please list any medications you are allergic to:
Por favor de hacer una lista de sus problemas de salud generales: Please list all of your general health problems:
Por favor de hacer una lista de todos los problemas o enfermedades oculares en su familia inmediata: Please list all eye diseases in your immediate family:

Tiene usted alguno de los siguientes sintomas? Si su respuesta es SI, explique.
Do you currently have any of the following symptoms? If yes, please explain.

- | | |
|--|--------------------|
| Fiebre crónica, alta/baja de peso inesperada, fatiga | __ No __ Yes _____ |
| Problemas de la nariz, oído, garganta (sinusitis, dolor de garganta) | __ No __ Yes _____ |
| Problemas del Corazón (dolor de pecho, palpito irregular) | __ No __ Yes _____ |
| Problemas respiratorios (asma, tos, resuello) | __ No __ Yes _____ |
| Problemas Gastrointestinal (agruras, diarrea, vomito) | __ No __ Yes _____ |
| Problemas urinarios (dolor o incomformidad, sangre en el orín) | __ No __ Yes _____ |
| Problemas de la piel (acné, piel seca, rozaduras de la piel) | __ No __ Yes _____ |
| Problemas del esqueleto, (dolor de músculos, dolor de tendones) | __ No __ Yes _____ |
| Problemas neurológicos (dolor de cabeza, debilidad, entumecimiento) | __ No __ Yes _____ |
| Problemas psiquiátricos (depresión, ansiedad) | __ No __ Yes _____ |
| Alergia / Problemas inmunológicos (fiebre, lupus, Sjogren) | __ No __ Yes _____ |
| Problemas de la sangre/Linfa (colesterol, anemia) | __ No __ Yes _____ |

Reconocimiento del recibo

Yo reconozco que recibí una copia de la Noticia de Privacidad de Dr. Johannes y Dra. Reimer y reconozco que yo entiendo las pólizas financieras mencionados anteriormente.

Nombre de paciente _____

Firma _____ Fecha _____