

BIENVENIDOS A  
**New Vision Center**

Gracias por seleccionar New Vision Center como su proveedor de vision.

|                      |         |                      |                      |        |
|----------------------|---------|----------------------|----------------------|--------|
| Nombre del Paciente: |         | Fecha de Nacimiento: | Sexo: M F            | Fecha: |
| Direccion:           |         | Apt. #:              | Numero de Telefono : |        |
| Ciudad:              | Estado: | Codigo Postal:       | Numero Alternativo:  |        |

Como escucho de esta oficina? \_\_\_\_\_ Aseguranza de vision: \_\_\_\_\_  
 Ocupacion: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_  
 # de seguro social paciente: \_\_\_\_\_  
 Relacion con el asegurado:  Si mismo  Esposo/a  Hijo/a  Otra \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ # de seguro social: \_\_\_\_\_ F.D.N: \_\_\_\_\_

**La Autorizacion del Seguro:** Yo autorizo al medico a (medicos) para proporcionar informacion a portadores de seguro con respecto mis ojos los problemas y los tratamientos y yo por la presente asigno irrevocablemente a los medicos todos los pagos para servicios rendidos a yo mismo o dependientes. Entiendo que soy financieramente responsable de todo carga si o no cubrio por el seguro. Una fotocopia de esta autorizacion se considera como efectiva y valida como la original.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_ Forma de Pago:  Efectivo  Tarjeta de credito  cheque  
 # De Licencia : \_\_\_\_\_

Ultimo examen de ojos: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ A usado lentes antes?: \_\_\_\_\_  
 Usa usted lentes de contacto?: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo?: \_\_\_\_\_

Su razon por visitar nuestra oficina hoy (Por favor cheque todo lo que le aplica).  
 Chequeo General  Quiere Lentes Nuevos  
 Dolores de Cabeza  Vision Borroza  
 Infeccion de ojos  Quiere saber opciones de lentes de contacto  
 Quiere lentes de contacto:  Suaves  desechables  diarios  color  otro

Que problema tiene usted con sus ojos o vision?: \_\_\_\_\_  
 Aficion?: \_\_\_\_\_

Por favor cheque cualquier problema o condicion medica que **USTED TENGA:**

- Diabetes  Parpadea  Alcohol  Lesión ocular  Multile esclerosis  Problema Circulatorio  
 Accidente cerebrovascular  Arthritis  Tobacco  Cirugía del ojo  Alergias  Glaucoma  
 Cáncer  Migrañas  Presión arterial alta  Enfermedad corneal  
 Flotadores  Cataratas  Ojo vago  Las enfermedades del corazón  Problema respiratorio  
 Desprendimiento de retina  La degeneración macular  Otros

Algun pariente tiene algun syntoma de los de arriba? Si, porfavor escribalo: \_\_\_\_\_  
 Escriba todos los medicamentos siendo tomados: \_\_\_\_\_  
 Alergico a algun medicamento o droga? Si, porfavor liste los medicamentos: \_\_\_\_\_

**Dilatacion de pupila**

La dilatacion de gotas dura aproximadamente 4 a 6 horas y permite que el doctor realice un examen mas cuidadoso de su retina (atras del ojo). Usted puede conducir, pero es recomendado que alguien mas conduzca el automovil. La dilatacion puede asistir en la deteccion de glaucoma, cataratas, enfermedades retinales, y neurologicas. **Hay un sobrecarga de \$20. (Para pacientes meno de 18 anos no es recomendado)(no es cuvierto por Medicaid)**

Quiero la dilatacion hoy  Quiero la dilatacion mas adelante  No quiero la dilatacion

**Analisis Visual de Campana**

El analisis visual de campana es una de las pruebas mas sensible disponibles en diagnosticar condiciones como glaucoma, problemas retinales, enfermedades neurologica (tumores cerebrales y enfermedades de nervio optico). La mayoría de los defectos visuales de campana no son notados por un indiividuo hasta en las muy tardes etapas. Somos la prevencion de enfermedades del ojo asi como el temprano descubrimiento, que considerablemente aumenta las posibilidades de curar el desorden, o al menos minimizar sus defectos. Una prueba de proyeccion puede ser realizada en menos de 10 minutos por precio adicional de \$20. Por favor indique su preferencia. (Para pacientes menores de 18 anos no es recomendado) (No es cuvierto por cualquier)

Si Quiero  No quiero

**\*\*NOTE\*\***This is a screening. It is possible that an additional comprehensive visual field testing may be necessary based on the results of your vision analysis by the doctor.

PAYMENT IS EXPECTED WHEN SERVICES ARE RENDERED UNLESS OTHER ARRANGEMENTS ARE MADE IN ADVANCE.  
 THANK YOU. ALL PROFESSIONAL FEES ARE NON-REFUNDABLE

X \_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**