

Drs. Savoy & Siegel  
Los Medicos De Optometric  
127 Newark Ave  
Jersey City, NJ 07302  
Tel 201-333-2768  
Fax 201-333-3145

---

## **Informacion Sobre El Paciente**

Gracias por escoger nuestra practica para sus necesidades de los ojos.

Favor de llenar esta forma.

**(Por favor, Escribr en letra imprenta)**

---

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ M/F

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Soc: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Quien es su empleador? \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero (a), Casdo (a), Viudo (a), Divorciado (a), Menor (menos de 18 años)

Seguro de vision: \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

Seguro Medico: \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

En caso De una emergencia a quien contactaremos? \_\_\_\_\_

Numero de telefono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre y numero de su farmacia: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha De nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Soc: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nombre de doctor primario y numero de telefono: \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultimo examen con el oculista? \_\_\_\_\_

**Historia Medica y Ocular:**

Condiciones	Usted		Familia	
	SI	No	SI	No
Perdida de vista	SI	No	SI	No
Catarata	SI	No	SI	No
Ojos Cruzados	SI	No	SI	No
Glaucoma	SI	No	SI	No
Cancer	SI	No	SI	No
Diabetis	SI	No	SI	No
Alta Presion	SI	No	SI	No
Colesterol Alta	SI	No	SI	No
Asthma	SI	No	SI	No
Artritis	SI	No	SI	No
Tyroide	SI	No	SI	No
Anciedad/Depresion	SI	No	SI	No
Embarazada	SI	No	SI	No
Otro				

Nombre de los medicamentos que esta tomando: \_\_\_\_\_

Alergia de alguna medicina? Explique: \_\_\_\_\_

**Verificacion de simtomas de vista:**

¿Vista Borrosa?	SI	No
¿Vista Doble?	SI	No
¿Sequedad en los ojos?	SI	No
¿Siente picazon, Ardor, Rojizo, Lagrimosos?	SI	No
¿Ves rayos de luz?	SI	No
¿Sientes Cosa Flotando en su vista?	SI	No

Drs. Savoy, Siegel and Desai

Consentimiento del Paciente & Divulgacion de Informacion Protegida de Salud.

Con mi consentimiento, Drs. Savoy, Siegel y Desai pueden usar y divulgar informacion protegida de salud (PHI) para el tratamiento, pago y operaciones del seguro medico (TPO). Favor de referirse a nuestras practicas de privacidad para una mas completa descripcion de tales divulgaciones.

Yo reservo el derecho a revisar el Aviso de Practicas de Privacidad antes de firmas este documento. Drs. Savoy, Siegel & Desai reservan el derecho de cambiar su Aviso de Practicas de Privacidad en cualquier momento. Una copia del Aviso de Practicas de Privacidad puede ser adquirido en nuestro area de recepcion.

Con mi consentimiento, Drs. Savoy, Siegel & Desai pueden llamar o mandar correo a mi hogar o cualquier otra direccion designada relacionado a la asistencia del TPO como citas, tarjetas recordatorias y resultados de examenes.

Yo mantengo el derecho de solicitar restringir como Drs. Savoy, Siegel & Desai usan o divulgan mi informacion para el (TPO). Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya divulgado basándose en mi consentimiento previo. Drs. Savoy, Siegel & Desai mantienen el derecho de negarme tratamiento al no firmar este permiso de uso de informacion.

\_\_\_\_\_  
Print name of Patient

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Name of parent/guardian if minor

Drs. Savoy, Siegel and Desai  
Medicos de Optometria  
127 Newark Ave  
Jersey City NJ 07302  
Tel 201-333-2768  
Fax 201-333-3145

## Firma en el Archivo

Autorizo el uso de este formulario en todas mis presentaciones de seguros. Autorizo el lanzamiento de información a todas mis compañías de seguros. Entiendo que soy responsable de mi factura. Autorizo a mi médico a actuar como mi agente para ayudarme a obtener mi pago para las compañías de seguro. Autorizo el pago directamente a mi médico. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original.

Name: \_\_\_\_\_ Ins. ID#: \_\_\_\_\_

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

## **POR FAVOR TENGA EN CUENTA**

**Si no han recogido los lentes o los contactos dentro de los 60 días posteriores al depósito, el depósito NO SE reembolsará.**



### **Política de la oficina**

\*Todos los reembolsos dentro de los 60 días serán en forma de crédito de la tienda en nuestra oficina\*

(Se pueden aplicar restricciones)

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_