



8410 W Thomas #146,
Phoenix AZ 85037
T: 623-846-6567
F: 623-848-1161

14155 N 83rd Ave #104
Peoria AZ 85381
T: 623-773-3937
F: 623-848-1161

3815 N 32nd St
Phoenix, AZ 85018
T: 602-675-0804
F: 623-848-1161

Patient Demographics/Información del Paciente

Name/Nombre: _____ Preferred Language/Idioma Preferido: _____

Street Address/Domicilio: _____ Sex/ Sexo: M or F

Preferred Phone #/ #Teléfono Preferido: _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Secondary Phone #/ Otro #Teléfono: _____ SSN/ # Seguro Social: _____

Email: _____ Employer/Empleado: _____

Medical Insurance/Aseguranza Medica

Primary Insurance/Agencia del seguro medico: _____ Subscriber ID/# de ID: _____

Policy Holder _____ Date of Birth/ Fecha de nacimiento: _____ Group#/# de Grupo: _____

Secondary Insurance/Seguro médico Secundario: _____ Subscriber ID/# de ID: _____

Policy Holder _____ Date of Birth/ Fecha de nacimiento: _____ Group#/# Grupo: _____

Emergency and Legal Notice/ Emergencia y Aviso Legal

Emergency Contact/ Contacto de Emergencia: _____ Telephone #/# Teléfono: _____

Do you have a medical power of attorney?/ Tiene un poder legal médico? **Yes or No**

Signature/Firmante: _____ Telephone #/# Teléfono: _____ Relation to Patient/Relación: _____

Primary Care Physician/ Nombre de su doctor medico: _____

Preferred Pharmacy/Farmacia Preferida: _____ **Cross Streets/Calles Principales:** _____

Patient Authorization/Autorizacion del Paciente

Please read and initial/Por favor de leer y inicial:

_____ I authorize the release of any medical information necessary to process all claims/ Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar todas las reclamaciones.

_____ I understand that I am responsible for payment of my account regardless of insurance coverage or eligibility/ Entiendo que soy responsable del pago de mi cuenta, independiente la cobertura de seguro o elegibilidad.

_____ I understand it is my responsibility of the patient to understand medical coverage and copays before coming into the appointment/ Entiendo que es mi responsabilidad o la del paciente tener comprensión total de mi cobertura de seguro médico.

_____ I understand there is a charge of \$25.00 for a copy of my complete medical records, if faxed directly, there is no charge/ Entiendo que hay un cobro de \$25.00 por una copia de mis registros médicos. No se requiriera ningún cobro para enviar directamente por fax.

_____ I understand that the refraction part of the exam (glasses Rx) is sometimes not covered by the insurance and it will be my \$39.00 responsibility/ Entiendo que a veces, el pago de la porción de refracción (prescripción de anteojos) de un examen no está cubierto y será \$39.00.

_____ I understand dilation drops might be necessary at some point during a visit to further access my medical needs. Dilation drops will make your up close vision blurry for the next couple of hours and a driver is recommended for safety of the patient and others/ Entiendo que las gotas dilatadoras de pupila a veces son necesarias para diagnosticar mi problema de ojos. La vista de cerca se volverá borrosa temporalmente y recomiendo traer un chofer.

_____ I understand a contact lens evaluation is extra outside of your standard copay. Depending on your prescription, a fee of \$100-\$300 must be paid the day of that visit/ Entiendo que una evaluación de lentes de contacto es adicional a mi copago estándar. Dependiendo de su receta, será \$100-\$300 el día de esa visita.

I have taken the time to read and fill out all of the above to the best of my ability/ Tomé el tiempo de leer y completar todo lo anterior lo mejor que pude.

Patient Signature/Firma del Paciente: _____ Date/Fecha: _____

Medical History Form/ Historial Medico



Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____

Reason for your visit today (Razón por su visita de hoy) _____

Do you have any of these eye symptoms? Please circle below if applicable **NO**
 (Padece de los siguientes síntomas del ojo?) Favor de circular

- | | |
|---|--|
| Blurred Distance vision (Visión de distancia borrosa) | Eye Pain (Dolor en ojo) |
| Blurred reading vision (Visión borrosa al leer) | Itching or burning (Comezón o irritación) |
| Double Vision (Visión doble) | Eye Mattering/tearing (Materia o lagrimeo) |
| Flashes or floaters (Destello o moscas volantes) | Foreign body sensation (Sensación extraña) |

Have you or anyone in your family ever had any of these medical or eye problems? **NO**
 (A padecido usted o alguien en su familia las siguientes condiciones médicas o del ojo?)

	Patient (Paciente)	Family (Familia)
Diabetes	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
Kidney Disease (Enfermedades de riñón) Stage/Grado: _____ Dialysis/diálisis: Yes (Si) or No	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
High blood pressure (Alta Presión)	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
Cancer	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
Heart Disease (Enfermedades del corazón)	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
Arthritis (Artritis)	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
Stroke (Derrame)	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
HIV + (VIH)	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
Lupus	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
Thyroid disease (Tiroides)	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
Cataract (Catarata)	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
Macular degeneration (Degeneración macular)	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
Iritis/Uveitis (Uveítis)	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
Lazy eye (Estrabismo)	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
Retinal Detachment (Desprendimiento de retina)	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
Glaucoma	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
Diabetic Retinopathy (Retinopatía diabética)	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No
Other (Otra): _____	Yes (Si)/ No	Yes (Si)/ No

Please circle any **surgeries** you have had/ Favor de marcar con un circulo las **operaciones** que ha tenido: **NO**

- | | | |
|--|--|-----------------|
| Heart surgery/ Cirugía del Corazón | Knee Surgery/ Cirugía de rodilla | |
| Appendectomy / Apendectomía | Hernia Repair/ Operación de hernia | |
| Hysterectomy/ Histerectomía | Prostate Surgery/ Próstata | |
| Gallbladder Surgery/ Operación de vesícula | Cataract Surgery/ Cirugía de Cataratas | Which eye/Ojo?: |
| Breast Surgery/ Cirugía de los senos | Retina Surgery/ Cirugía de Retina | |
| C-Section/Cesareas | Lasik | |

Do you have or have had problems with any of the following?/Tiene o alguna vez a padecido de los siguientes problemas? **NO**

- | | |
|--|---|
| Cardiovascular/ Sistema Cardiovascular | Skin (Eczema)/La piel |
| Endocrine (Diabetes)/Sistema Endocrino | Blood (Anemia)/ Sangre |
| Gastrointestinal/ Sistema Digestivo | Musculoskeletal (Arthritis)/ Sistema Locomotor (Artritis) |
| Neurological (Seizure/headaches)/ Neurológico (Convulsión/dólar de cabeza) | Mouth or Throat/ (Boca o garganta) |
| Psychiatric (Depression or anxiety)/ Psiquiátrica (Depresión o ansiedad) | Immune System/ (Sistema Inmune) |
| Respiratory (Asthma/COPD)/ Respiratorio (Asma) | Chronic pain/ Dolor Crónico |

Social History/ Historia Social

Do you smoke? /Fuma usted? Yes (Si) or NO **If so, how many do you smoke a day? / Cuantos cigarros al día fumas?** _____

Do you drink alcohol? /Tomas alcohol? Never/Nunca Rarely/Raramente Often/Con Frecuencia Occasionally/Ocasionalmente

What is your marital status? / Estado civil? Married/Casado Divorced/Divorciado Single/Soltero Widowed/Viudo



8410 W Thomas #146,
Phoenix AZ 85037
T: 623-846-6567
F: 623-848-1161

14155 N 83rd Ave #104
Peoria AZ 85381
T: 623-773-3937
F: 623-848-1161

3815 N 32nd St
Phoenix, AZ 85018
T: 602-675-0804
F: 623-848-1161

Medication and Allergy List/ Lista de Medicamentos y Alergias

Patient name/ Nombre del paciente: _____

Date/Fecha: _____

Prescribed Medications (including dosage for tablets and/or insulin)/ Medicamentos recetados (incluyendo la dosis para tabletas e insulina, si corresponde):

NO Please circle if not applicable/ Circula si no tiene medicamentos

Eye medications (Including drops, creams, or nutritional)/ Medicamentos para los ojos (incluyendo gotas, cremas, o nutrientes para los ojos):

NO Please circle if not applicable/ Circula si no usa medicamentos de los ojos

Allergies (Including drugs/foods and their reactions)/ Alergias (incluyendo los alimentos, medicamentos, y temporadas) y reacciones a cada alergia:

NO Please circle if not applicable/ Circula si no tiene alergias
