



Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial de Segundo Nombre _____

FDN: _____ Hombre o Mujer _____

Sobrenombre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____ Estado civil _____

Domicilio: _____ Número de teléfono en casa: _____ ☐ Preferido

Ciudad: _____ Número de celular: _____ ☐ Preferido

Correo electrónico: _____ Numero alternativo: _____ ☐ Preferido

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Seguranza primaria: _____ Seguranza secundaria: _____

Oculista familiar: _____ Fecha del último examen ocular : _____

Referido por: (Marque todos los que correspondan)

☐ Oculista familiar ☐ Folleto/correo ☐ Physical/Occupational Therapist _____

☐ Primary Care Provider ☐ Website ☐ Other Physician _____

☐ Workshop/Lecture ☐ Newspaper ☐ Teacher/School _____

☐ Radio ☐ Patient from our clinic _____ ☐ Staff Member from our clinic _____

Otro _____

La razón para el examen hoy _____

Información Médica

Nombre del Doctor Principal: _____ Fecha del último examen: _____

¿El Doctor tiene algunas áreas de preocupación acerca de su salud? _____

¿Ha recibido usted alguno de los siguientes exámenes? Circula cualquiera que aplica y apunte el nombre del proveedor.

Neuropsicológico: _____ Especialista de Habla/Auditivo: _____

Terapeuta Ocupacional: _____ Otro Especialista: _____

Resultados/Recomendaciones: _____

Reviso de sistemas: Indique **Cada Caja** Si o No para los siguientes. Si escoja si, describa en el espacio proveído.

- ☐ **Si** ☐ **No** Constitucional General
(Fiebre inexplicable, aumento o pérdida de peso, etc.) _____
- ☐ **Si** ☐ **No** Ojos:
(Relacionado a enfermedad, como Glaucoma, Retina despegada) _____
- ☐ **Si** ☐ **No** Oídos, Nariz, garganta, Boca:
(Pérdida de audición, congestión nasal crónica, tos crónica) _____
- ☐ **Si** ☐ **No** Respiratoria:
(Asma, bronquitis crónica, falta de aliento, etc.) _____
- ☐ **Si** ☐ **No** Cardiovascular
(Diabetes, hipertensión, problemas del corazón, etc.) _____
- ☐ **Si** ☐ **No** Gastrointestinal
(Diarrea, estreñimiento, hernia, úlceras, etc.) _____
- ☐ **Si** ☐ **No** Genitourinario
(Dolor al orinar, orinar frecuente, ictericia, etc.) _____
- ☐ **Si** ☐ **No** Hematológico/Linfático
(Anemia, problemas de desangramiento, etc.) _____
- ☐ **Si** ☐ **No** Musculoesquelético
(Dolor de músculo, trauma, osteoartritis, osteoporosis, etc.) _____
- ☐ **Si** ☐ **No** Piel
(Eczema, psoriasis, sarpullido, etc.) _____
- ☐ **Si** ☐ **No** Neurológico
(Epilepsia, parálisis cerebral, tumor, etc.) _____
- ☐ **Si** ☐ **No** Psiquiátrico
(Trastorno de hiperactividad con déficit atencional
Depresión, ansiedad, etc.) _____
- ☐ **Si** ☐ **No** Endocrino
(Diabetes, problema del tiroides, etc.) _____
- ☐ **Si** ☐ **No** Alérgico/Inmunológico (**Por favor indique toda alergia de medicamentos, comida y medioambiental**)

Historial de lastimadura de la cabeza/ embolia cerebral/ otra Insuficiencia
Neurológica: _____

Nacido Prematuro o complicaciones en la
entrega: _____

Por favor apunte cualquier medicamento que usted toma:

1. _____ para _____
3. _____ para _____

2. _____ para _____
4. _____ para _____

Historia Familiar

Marque **cada caja** Si o No para indicar si algún miembro de su familia ha tenido alguna de estas enfermedades. Historia Familiar incluyendo sus padres, abuelos, hermanos, y sus hijos.

Relación a usted	Relación a usted
☐ Si ☐ No Ceguera _____	☐ Si ☐ No Presión alta _____
☐ Si ☐ No Catarata _____	☐ Si ☐ No Enfermedad cardíaca _____
☐ Si ☐ No Degeneración _____	☐ Si ☐ No Enfermedad de tiroides _____
Macular	
☐ Si ☐ No Glaucoma _____	☐ Si ☐ No Diabetes _____
☐ Si ☐ No Desprendimiento _____	☐ Si ☐ No Cáncer _____
De Retina	
☐ Si ☐ No El lupus _____	☐ Si ☐ No Otro _____
☐ Si ☐ No Estrabismo (ojo desviado o cruzados) _____	
☐ Si ☐ No Ambliopía (ojo perezoso) _____	
☐ Si ☐ No Dislexia (o otras problemas de leer) _____	

Historia social

Por favor, responda las siguientes preguntas (para niños pequeños puede seleccionar N/A):

¿Está usted actualmente o ha usado en el pasado productos de tabaco? ☐ **Si** ☐ **No**

En caso afirmativo, sírvase describir los tipos de productos de tabaco. ¿Cuánto usas? ¿Si ya no usa productos de tabaco, entonces qué año dejó? _____

Por favor, describa el consumo de alcohol (¿cuántos días por semana bebe y cuántas bebidas consume en promedio por semana?)

Por favor, describa su uso de drogas recreativas/callejeras si las usa? (¿cuánto tiempo ha experimentado con ellos y cuál es la frecuencia que los utiliza?)

La hembra: ¿Está embarazada? ☐ **Si** ☐ **No** ¿Cuántos meses tienes? _____

Otras Síntomas

Si marco Dolores de cabeza arriba, por favor conteste lo siguiente: (marque todo lo que corresponda)

¿Dónde están localizados? En la frente atrás de los ojos las sienes encima de las orejas arriba atrás

¿Más en un lado de la cabeza que otro? Derecho Izquierdo ambos lados

¿Qué tan frecuenté? Diario 2-4 veces/semana una vez per semana cada otra semana una vez al mes raramente

¿Cuánto tiempo duran? Menos de 30 minutos 1-3 horas 4-10 horas Todo el día

¿Qué tan severas son en una escala del 1 al 10 (10=severas)

¿Toma algo o hace algo para aliviar el dolor de cabeza?

¿Funcionan sus estrategias de ayuda? Si – resuelve dolores de cabeza Abecés Nunca

- ☐ **Si** ☐ **No** ¿Alguna vez cubre su ojo al leer o hacer trabajo cercano?
- ☐ **Si** ☐ **No** ¿**Confunde** (por favor circule) palabras / letras?
- ☐ **Si** ☐ **No** ¿**Reversa** (por favor circule) palabras / letras?
- ☐ **Si** ☐ **No** ¿Tiene dificultades para concentrarse entre cerca y lejos?
- ☐ **Si** ☐ **No** ¿Tuvo alguna dificultad, o tuvo dificultades en la escuela?
- ☐ **Si** ☐ **No** ¿Te desempeñas mejor oralmente que escribiendo / leyendo?
- ☐ **Si** ☐ **No** ¿Tiene dificultad con la atención?

Diagnóstico Formal de Por favor circule ADD / ADHD / Sospecho Medicamento: _____

¿Capacidad de lectura estimada? (circule) Pobre Promedio Justo Por encima de Promedio Excelente

¿Siente que está realizando hasta su potencial en el trabajo? _____

¿Cómo se sienten los ojos después de que el trabajo de computadora, lee o estudia? _____

¿Hay alguna otra información que considere útil / importante en su tratamiento? _____

Síntomas (Por Favor llena con su niño)	Nunca	Con poca frecuencia	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre
¿Sus ojos se sienten cansados al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Sus ojos se sienten incómodos al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Tiene dolores de cabeza al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Se siente somnoliento al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Se pierde la concentración cuando lee o hace trabajo de cerca?					
¿Tiene problemas para recordar lo que ha leído?					
¿Tiene visión doble al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Ves el movimiento palabras, saltar, nadar o parecen flotar en la página?					
¿Siente que lee despacio?					
¿Sus ojos siempre duelen cuando lee o hacer trabajo de cerca?					
¿Sus ojos sienten dolor al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Se siente una sensación de tirar alrededor de los ojos al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Nota las palabras borrosas o que entran y salen de foco al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Pierde el lugar al leer o hacer trabajo de cerca?					
¿Lee la misma línea de las palabras al leer?					
Total (Por favor sume cada una de las columnas)					
Multiplique el total con lo siguiente	x0	x1	x2	x3	x4
El subtotal					

Total del gran

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Encuesta a Escala de 10 Puntos Sobre Síntomas

En una escala de 0 a 10 (siendo 10 lo más grave), ¿qué tan graves son los siguientes síntomas al realizar tareas visuales?

	Puntuación:	Comentarios:
1 Dolores de cabeza (en general incluyendo frecuencia y severidad)	_____	_____
2 Tensión ocular, dolor o malestar	_____	_____
3 Los ojos se cansan y generalmente se cansan	_____	_____
4 Doble visión, la sombra de las letras, las palabras se mueven, saltan, nadan, parecen flotar en la página	_____	_____
5 Visión borrosa a pesar de que las gafas están puestas o se les ha dicho que las gafas no son necesarias	_____	_____
6 Pérdida de lugar, omitir palabras y/o líneas al leer, o releer la misma línea de palabras	_____	_____
7 Coordinación motora/ Dificultades con la percepción de profundidad (propensas a sufrir accidentes, mala coordinación mano-ojo, evitar o tener un rendimiento deficiente en los deportes, frecuentemente derribar cosas, tropezar, caerse o tropezar con cosas, ritmo deficiente)	_____	_____
8 Preocupaciones académicas (poco interés en la lectura y la escuela, comprensión deficiente de la lectura, bajas calificaciones, tarea toma más tiempo de lo que debería, mala escritura a mano)	_____	_____
9 Dificultades de percepción visual (inversión de letras, confusión con palabras, letras, números, símbolos, perderse en detalles, fatiga o confunde con demasiada información en la página, confunde con diferentes fuentes de letra, mala memoria visual)	_____	_____
10 ¿Equilibrio / mareos / vértigo / desorientación / náuseas?	_____	_____
11 ¿Pobre atención, enfoque, concentración, hiperactividad?	_____	_____
12 Niebla cerebral, sobreestimulación sensorial, sobrecarga motora (No se puede pensar claramente con demasiado estímulo, abrumado con demasiada luz, sonido, ambientes / patrones visuales ocupados, incapaz de quedarse quieto o movimientos reflexivos debido a la sobreestimulación)	_____	_____
13 Problemas de conducta, baja autoestima / confianza, fácilmente frustrado, ansiedad, depresión	_____	_____
14 ¿El ojo vaga o se cruza?	_____	_____
15 Otro- Por favor describa: (dificultad con la multitarea, dificultades de procesamiento auditivo, etc.)	_____	_____

LIBERACION DE INFORMACION Y ARCHIVACION DE SEGURO

ES AMENUDO BENEFICIOSO PARA NOSOTROS DISCUTIR RESULTADOS DE EXAMINACIONES CON LA ESCUELA DE SU NIÑO(A) Y/O OTROS PROFESIONALES ENVOLUCRADOS ES SU CUIDADO. POR FAVOR FIRME ABAJO PARA AUTORIZAR ESTE INTERCAMBIO DE INFORMACION.

Yo, _____ estoy de acuerdo permitir información de, o copias de, expedientes de exámenes incluyendo diagnóstico, que sean reenviados a otros proveedores de cuidado de salud o compañías de seguros al recibir su solicitud escrito o a la recomendación del WASHINGTON VISION THERAPY CENTER cuando sea necesario para el tratamiento de la condición mía, o para procesar reclamos al seguro. Autorizo que el personal de WASHINGTON VISION THERAPY CENTER intercambiar información con la escuela y otros profesionales involucrados en mi cuidado por medio de mi firma abajo. Esta autorización será considerada valida sobre la duración del tratamiento. Por este medio doy permiso al WASHINGTON VISION THERAPY CENTER para tratarme.

Doctor Principal/Clinica

Otro Doctor/Clinica

Oculista Principal/Clinica

Distrito Escolar

Otro Miembro Familiar (Relación)

Otro Miembro Familiar (Relación)

Firma del Paciente

Fecha

ASEGURANZA – SOLAMENTE UNA ESTIMACIÓN

Washington Vision Therapy Center está dispuesto a proveerle con una ESTIMACIÓN de lo que su seguro cubrirá o no cubrirá. Sin embargo, no podemos y no garantizamos que la ESTIMACIÓN que proveemos esta correcta. Cuando nosotros como el proveedor o usted llama para pedir una ESTIMACIÓN se le da con la declaración “esto no es garantía de pago”. Por favor entienda que mientras le demos asistencia en entendiendo sus beneficios, no tenemos influencia sobre su cobertura.

Usted últimamente es responsable por todo costo y cargos en su cuenta.

Entiendo que pago por completo es vencido en el tiempo de servicio al menos que otros arreglos se han hecho.

Autorizo y solicito que mi compañía de seguro pague directamente al doctor beneficios de seguro de otra manera pagada a mí. Entiendo que mi portador de seguro puede pagar menos que el cobro actual por servicios. Estoy de acuerdo ser responsable por pagos de todos servicios dados de mi parte o de mis dependientes.

Gracias,

He leído y acepto esta política,

Nombre del paciente: _____

Persona responsable: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Declaración de Practicas de Privacidad
Washington Vision Therapy Center
303 South 72nd Avenue
Yakima, WA 98908
Teléfono 509.654.9256

Nuestra oficina está dedicada a proteger los derechos de privacidad de nuestros pacientes y la información confidencial encomendado a nosotros. El compromiso de cada empleado para asegurar que su información de salud nunca sea comprometida es un concepto de principio de nuestra práctica. Podemos, de tiempo a tiempo enmendar sus pólizas de privacidad y practicas pero siempre lo informaremos de cualquier cambio que pueden afectar sus derechos.

Protegiendo su Información de Cuidado de Salud Personal

Usamos y revelamos la información que colectamos de usted solamente como permitido por el Acta de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud y el Estado de Washington (Health Insurance Portability and Accountability Act and the State of Washington). Esto incluye asuntos relacionadas a su tratamiento, pagos, y nuestras operaciones de visión y cuidado. Su información de salud personal nunca será de cualquier manera dado a ninguna persona, aun miembros de familia, sin su consentimiento escrito. Usted, por supuesto, puede dar autorización escrito para que nosotros revelamos información a quien usted escoja, por cualquier propósito.

Nuestra oficina y sistemas electrónicas son seguras de cualquier acceso no autorizado y nuestros empleados están entrenados asegurar que la confidencialidad de sus archivos siempre sean protegidos. Nuestra póliza de privacidad y prácticas aplica a todos pacientes anteriores, corrientes y futuros así usted puede tener confianza que su información de salud protegida nunca será inapropiadamente revelada o divulgada.

Colectando Información de Salud Protegida

Solamente solicitaremos información personal que se necesita para proveer nuestro estándar de calidad de cuidado médico y visión, implementar actividades de pagos, conducir operaciones normales de prácticas optométricas, y cumplir con la ley. Esto puede incluir su nombre, domicilio, números de teléfono, número de seguro social, información de empleo, historia de salud y expedientes de salud. Mientras la mayoría de información será colectada de usted, podemos obtener información de terceros partidos si sea necesario. No obstante el suplidor, su información personal siempre será protegida al extenso completo de la ley.

Revelación de Información de Salud Protegida

Como declarado arriba, podemos revelar información como requerida por la ley. Estamos obligados proveer información a oficiales de gobierno y de la ley bajo ciertas circunstancias. No usaremos su información para razones de mercadeo a terceros partidos sin su consentimiento escrito. Podemos usar y/o revelar su información de salud para comunicar recordatorios de sus citas, incluyendo mensajes de correo de voz, contestadora telefónica, tarjetas postales, y correo electrónico.

Derechos del Paciente

Usted tiene el derecho de solicitar copias de su información de salud y solicitar una lista de ocasiones donde nosotros, o nuestros socios de negocio, han revelado su información protegida para usos aparte de los que fueron declarados arriba. Toda semejante solicitud tienen que ser por escrito. Podemos cobrar por sus copias en una cantidad permitido por la ley. Si usted cree que sus derechos han sido violados, le pedimos que nos notifique inmediatamente.

Le damos las gracias por ser paciente en nuestra oficina. Por favor déjenos saber si usted tiene cualquier pregunta acerca de sus derechos de privacidad y la protección de su información de salud personal.

Reconocimiento de Práctica de Privacidad HIPPA:

He recibido o me han ofrecido y he rechazado aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____