

303 S 72nd Ave, Yakima, WA 98908 | 509.654.9256 | Fax 509.834.7400 | wavtc.com

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial de Segundo Nombre
FDN: Hombi	re o Mujer	
Sobrenombre: Ed	ad:Ocupación:	Estado civil
Dirección:	Número de casa:	Preferido
	Número de celula	ar: Preferido
	Otro número:	□ Preferido
Contacto de Emergencia:	Númer	ro:
Seguro primario:	Seguro secundar	rio:
Oculista de la familia:	Último examen de	e los ojos:(Indique una) Dilación/Optomapa _ si _
Fue referido por su Oculista? _	Si _ No Le recetaron? _ Lentes _ Le	entes de Contacto
Si no fue su Oculista, ¿A quién	podemos agradecer por su referencia?	
Domicilio o información de con	ntacto si lo sabe	
La razón para el examen hoy		
Información Médica		
Nombre del Doctor Principal: _	Fecha de	el último examen:
¿El Doctor tiene algunas áreas c	de preocupación acerca de su salud?	
¿Ha recibido usted alguno de lo	s siguientes exámenes? Circula cualqui	iera que aplica y apunte el nombre del proveedor.
Neuropsicológico:	Especia	alista de Habla/Auditivo:
Terapeuta Ocupacional:	Otro Es	specialista:
Resultados/Recomendaciones: _		
□ Si □ No Constituciona		Si escoja si, describa en el espacio proveído.

□ Si □ No	Ojos: (Relacionado a enfermedad, como Glau	coma, Retina despegada)	
□ Si □ No	Oídos, Nariz, garganta, Boca: (Perdida de audición, congestión nasal o	erónica, tos crónica)	
□ Si □ No	Respiratoria: (Asma, bronquitis crónica, falta de alier	nto, etc.)	
□ Si □ No	Cardiovascular (Diabetes, hipertensión, problemas del o	corazón, etc.)	
□ Si □ No	Gastrointestinal (Diarrea, estreñimiento, hernia, ulceras,	etc.)	
□ Si □ No	Genitourinario (Dolor al orinar, orinar frecuente, icterio	cia, etc.)	
□ Si □ No	Hematológico/Linfático (Anemia, problemas de desangramiento	e, etc.)	
□ Si □ No	Musculoesqueletico (Dolor de músculo, trauma, osteoartritis	s, 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 Depresión, ansiedad, etc.)	atencional	
□ Si □ No	Endocrino (Diabetes, problema del tiroides, etc.)	_	
□ Si □ No	Alérgico/Inmunológico (Por favor indi	ique toda alergia de comida y m	edioambiental)
Historial de la	stimadura de la cabeza/ embolia cerebral/ o		
Nacido Prema	turo o complicaciones en la entrega:		
	nte cualquier medicamento que usted toma:	2	
1 3	para para	2 para 4 para	
Historia I	Familiar		
	caja Si o No para indicar si algún miembro s padres, abuelos, hermanos, y sus hijos.	de su familia ha tenido alguna de	estas enfermedades. Historia Familiar
	Relación al niño(a)		Relación a usted
□ Si □ No	Ceguera		
□ Si □ No	Catarata		
□ Si □ No	Degeneración Macular	□ S1 □ No Entermedad de ti	roides
□ Si □ No	Glaucoma	□ Si □ No Diabetes	
□ Si □ No	Desprendimiento		

	De Retina		
□ Si □ No	El lupus	_ □ Si □ No Otro	
□ Si □ No	Estrabismo (ojo desviado o cruzados		
□ Si □ No	Ambliopía (ojo perezoso)		
□ Si □ No	Dislavia (a atras problemas de lear)		

Síntomas	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?					
	x 0	x1	x2	х3	x4
		Gran	Total		

Otras Síntomas

Si marco Dolores de cabeza arri	ba, por favor conteste	lo siguiente: (n	narque todo lo que correspon	da)	
¿Dónde están localizados?	En la frente atrás d	le los ojos das si	enes encima de las orejas	arriba atrás	
¿Más en un lado de la cabeza qu	ne otro? Derecho	Izquierdo	ambos lados		
¿Qué tan frecuenté? Diario	2-4veses/semana	una vez per sem	ana cada otra semana	una vez al mes	rarame

¿Cuánto tiempo duran?	Menos de 30 minuto	os 1-3 horas	4-10 horas	Todo el día	ı		
¿Qué tan severas son en	una escala del 1 al 10	(10=severas)					
¿Toma algo o hace algo	para aliviar el dolor de	e cabeza?					
¿Funcionan sus estrategi	as de ayuda? Si –	resuelve dolores	s de cabeza	Abecés	Nunca		
Si □ No ¿Alguna vez □ Si □ No ¿Confunde (□ Si □ No ¿Reversa (po □ Si □ No ¿Tiene dificu □ Si □ No ¿Tuvo alguna □ Si □ No ¿Tiene dificu □ Si □ No ¿Tiene dificu □ Diagno	por favor circule) pala or favor circule) palabr ltades para concentrar a dificultad, o tuvo difi ñas mejor oralmente q	bras / letras? ras / letras? se entre cerca y l cultades en la es ue escribiendo /	lejos? cuela? leyendo?	ospecho	Medicamento:		
¿Capacidad de lectura es	stimada? (circule) Pol	bre Promedi	o Justo	Por enci	ima de Promedio	Excelente	
¿Capacidad de lectura es ¿Siente que está realiz					ima de Promedio	Excelente	
	zando hasta su pote	ncial en el traba	ajo?				
¿Siente que está realiz	zando hasta su pote	ncial en el traba	ajo?				
¿Siente que está realiz	zando hasta su pote	ncial en el traba	ajo? computadora,	lee o estudi	a?		
¿Siente que está realiz ¿Cómo se sienten los o	zando hasta su pote	ncial en el traba	ajo? computadora,	lee o estudi	a?		
¿Siente que está realiz ¿Cómo se sienten los o	zando hasta su pote	ncial en el traba	ajo? computadora,	lee o estudi	a?		

LIBERACION DE INFORMACION Y ARCHIVACION DE SEGURO

ES AMENUDO BENIFICIOSO 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.

exámenes incluyendo diagnóstico, que sean receibir su solicitud escrito o a la recomendaci necesario para el tratamiento de la condición WASHINGTON VISION THERAPY CENT involucrados en mi cuidado por medio de mi	oy de acuerdo permitir información de, o copias de, expedientes de cenviados a otros proveedores de cuidado de salud o compañías de seguros a fon del WASHINGTON VISION THERAPY CENTER cuando sea mía, o para procesar reclamos al seguro. Autorizo que el personal de ER intercambiar información con la escuela y otros profesionales firma abajo. Esta autorización será considerada valida sobre la duración del VASHINGTON VISION THERAPY CENTER para tratarme.
Doctor Principal/Clínica	Otro Doctor/Clínica
Oculista Principal/Clínica	Distrito Escolar
Otro Miembro Familiar (Relación)	Otro Miembro Familiar (Relación)
Firma del Paciente	Fecha
Washington Vision Therapy Center está dispucubrirá. Sin embargo, no podemos y no garan nosotros como el proveedor o usted llama par	ZA – SOLAMENTE UNA ESTIMACIÓN desto a proveerle con una ESTIMACIÓN de lo que su seguro cubrirá o no tizamos que la ESTIMACIÓN que proveemos esta correcta. Cuando a pedir una ESTIMACIÓN se le da con la declaración "esto no es garantía demos asistencia en entendiendo sus beneficios, no tenemos influencia sobre esto 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.
pagada a mí. Entiendo que mi portador de	uro pague directamente al doctor beneficios de seguro de otra manera seguro puede pagar menos que el cobro actual por servicios. Estoy de s 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 7203 W Deschutes Ave Ste B Kennewick, WA 99336 Teléfono 509.416.0403

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:			

Nombre:	_ Fecha de nacimiento:	
Facha		
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.)		