



Universal Vision Medical Center

Farnoosh Tinoosh M.D., FAAO, FABHP

1503 South Coast Dr. Suite #120

Costa Mesa, CA 92626

(714) 424-9955

INFORMACCION DE PATIENT NUEVO

FAVOR DE LLENAR EL FORMULARIO COMPLETO

FECHA: _____ REFERIDO POR: _____

Information de Paciente:

Primer nombre : _____ Apellido: _____

Domicilio: _____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Genero: M F Empleado? No Si

¿Cuál es su estado civil? Casado/a Soltero/a divorciado/a Separado/a Viudo/a

Tel. De Casa: _____ Tel. Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Forma de contacto preferido: Texto Llamada Correo electrónico

Contacto de Emergencia: _____ Tel #: _____ Relación: _____

Farmacia: _____ Tel #: _____

Información de Seguridad

Tiene seguro medico? No Si

Seguranza: _____ / _____ ID#: _____ / _____

Dr. Primario: _____ Tel #: _____

Acuerdo de Responsabilidad del Paciente

Se me ha informado y entiendo que el Dr. Tinoosh le mandara una factura a mi compañía de seguros como una cortesía.

Yo sé que soy financieramente responsable a Dr. Tinoosh de los saldos como resultado de:

1. Servicios no cubiertos.
2. Copagos del paciente.
3. Deducibles del paciente y las responsabilidades del paciente.
4. Los beneficios cubiertos que son pagados al paciente o pareja en vez de Dr. Tinoosh.
5. Cualquier cantidad pagada antes de un procedimiento no es reembolsable.

Este acuerdo se aplica a los saldos del pasado y futuro.

He leído lo anterior y ha leído la forma ***Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.***, y me comprometo a respetar este acuerdo por escrito. Yo entiendo que, si no cumplo con mis obligaciones, Dr. Tinoosh puede tomar medidas legales eh incluir a agencias de colección.

Firma del Paciente

Fecha



Historia de la Salud del Paciente

Usa Contactos: No Si

Que tipo: Duros Suaves Desechables

Ultima Ves que los Uso: _____

Años que lleva Usando Contactos: _____

Usa Lentes: No Si

(Visión sencilla, bifocales, trifocales, Progresivos) Cuántos años: _____

Historia del ojo del paciente

| | Si | NO |
|------------------------|----|----|
| Glaucoma | | |
| Cataratas | | |
| Ojo Perezoso | | |
| Ojos Seco | | |
| Problemas de la Retina | | |
| Incecciones de Ojo | | |
| Lesión en el ojo | | |
| Cirugía de cataratas | | |
| Cirugía con Láser | | |
| Cirugía Refractiva | | |

Historia clínica del paciente

| | Si | NO |
|--------------------------|----|----|
| Diabetes | | |
| Alta Precion | | |
| Problemas Del Corazon | | |
| Problemas Respiratorios | | |
| Tiroides | | |
| Colesterol | | |
| Enfermedades autoinmunes | | |
| Dolores de cabeza | | |
| Embarazadas / lactantes | | |
| Artritis | | |

Historia Familiar

| | Si | NO |
|------------------------|----|----|
| Glaucoma | | |
| Cataratas | | |
| Ojo perezoso | | |
| Problemas de la Retina | | |
| Seguedad | | |

| | SI | NO |
|-----------------------|----|----|
| Diabetes | | |
| Alta Precion | | |
| Problemas del Corazon | | |
| Queratocono | | |
| Otro | | |

Usa Medicamento o gotas Para Los Ojos: _____

Alergias: No Si: _____

Por favor escriba los medicamentos que usted toma o coloque una marca junto a la enfermedad por la cual toma el medicamento:

Diabetes Problemas del Corazón Colesterol Artritis Hipertensión EPOC

Note su Medicamento Aquí: _____