



Clínica de Salud Chicot - Centro Oftalmológico
11102 Chicot Road
Little Rock, AR 72103
501-447-7070

Fecha: ____/____/____ Escuela y nivel de grado: _____

Nombre del paciente: _____

Dirección de casa: _____

Teléfono Preferido: _____ Teléfono alternativo: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ la edad: ____ Masculino o femenino

SSN: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Indique a quién podemos notificar en caso de una emergencia:

Contacto: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

HISTORIA:

Último examen de la vista: _____ Última clínica oftalmológica: _____

¿El paciente usa anteojos? Si/No Problemas oculares previos: _____

¿El paciente usa lentes de contacto? Si/No Marca: _____ Poder: _____

Cáncer Diabetes Enfermedad cardíaca Dolores de cabeza/migrañas

Retraso en el desarrollo Alergias Comportamiento/Problemas emocionales ADD/ADHD

Eczema Trastorno convulsivo

Otros problemas de salud o de los ojos: _____

* Enumere todos los medicamentos que tomó o las gotas para los ojos que se usaron (recetados y de venta libre): _____

Farmacia preferida: _____

HISTORIA FAMILIAR:

Glaucoma Ambliopía Desprendimiento de retina Diabetes Cáncer

Enfermedad cardíaca Asma Alergias Colesterol alto Problemas de salud mental

Trastorno convulsivo Abuso de sustancias

Historia familiar adicional: _____



Clínica de Salud Chicot - Centro Oftalmológico
11102 Chicot Road
Little Rock, AR 72103
501-447-7070

Información del seguro

Seguro médico : _____

Número de seguro _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de cumpleaños: _____

SS# _____ Relación con el asegurado: Auto Niño Otro: _____

Seguro de visión: _____

Número de seguro _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de cumpleaños: _____

SS# _____ Relación con el asegurado: Auto Niño Otro: _____

Empleador: _____

**** Proporcione una copia del anverso y reverso de todas las tarjetas de seguro, así como una identificación con foto.***

Complete esta sección si el paciente es menor de edad

Fiesta responsable: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Macho/Femenino SSN: _____ La edad: _____

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado

Nombre de la esposa: _____

Dirección postal (si es diferente a la del paciente):

Empleador: _____

Teléfono del trabajo: _____



Clínica de Salud Chicot - Centro Oftalmológico
11102 Chicot Road
Little Rock, AR 72103
501-447-7070

Por favor lea las siguientes declaraciones

Todas las operaciones de Chicot SBHC y sus proveedores estarán en total cumplimiento con las Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

- Entiendo que se facturará a mi seguro por el servicio proporcionado por SBHC y autorizo al proveedor a usar mi firma en todas las presentaciones de seguros.
- Entiendo y autorizo el intercambio de información entre SBHC, el médico de atención primaria de mi hijo y Little Rock School District, según sea necesario.
- Entiendo que habrá la oportunidad de leer las Prácticas de privacidad de la HIPAA para la información médica protegida.
- Doy mi consentimiento para que se dilaten los ojos de mi hijo si es necesario. Es posible que se necesite dilatación, fluoresceína (córnea) y posiblemente otras gotas para los ojos para realizar un examen ocular completo y completo.
- Si el niño tiene un beneficio de anteojos a través de ARkids, Medicaid o la falta de seguro, doy mi consentimiento para que el personal del Centro Oftalmológico de Chicot Health Clinic seleccione los anteojos de mi hijo si yo no estoy presente.
- No responsabilizaré a Chicot Health Clinic, a sus voluntarios ni a ninguno de sus afiliados por cualquier error de omisión, diagnóstico erróneo o lesión. El personal médico profesional, los médicos, las enfermeras y otras personas que trabajan para Chicot Health Clinic pueden ser voluntarios. Como voluntarios, son inmunes a demandas o litigios civiles en lo que respecta a sus servicios para usted o su hijo como paciente.

Nombre del paciente _____

Nombre impreso de la parte responsable _____

Firma de la parte responsable _____

Fecha: ____/____/____