

Pink Vision Associates

348 Ridge Rd
Lyndhurst, NJ 07071
201-438-8668

1562 Lemoine Ave.
Fort Lee, NJ 07024
201-461-7595

1068 Clinton Ave.
Irvington, NJ 07111
973-399-0909

Historial Clinico del Paciente

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre _____ Inicial _____ Sobrenombre: _____

Direccion: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Genero: Hombre Mujer SS#: _____

Telefono de Casa: _____ Telefono de Trabajo: _____ Celular: _____

Nombre, Fecha de Nacimiento y relacion del dueño del seguro medico con el paciente: _____

Correo electronico: _____ Ocupacion: _____ Empleador: _____

Uso de Computadora _____ Deportes: _____ Ultimo Examen Ocular: _____ Ultimo Examen Medico: _____

Rason de visita : _____

Doctor Familiar _____ Telefono de Oficina: _____

Revision Medica

Tiene algun problema medico en la lista siguiente? Ninguno, Porfavor marcar si alguno aplica a usted.

<p>OJOS</p> <input type="checkbox"/> Perdida de Vision <input type="checkbox"/> Vision Borrosa <input type="checkbox"/> Vision Distorsionada <input type="checkbox"/> Perdida de vision lateral <input type="checkbox"/> Vision Doble <input type="checkbox"/> Ojos Secos <input type="checkbox"/> Secreciones mucosas <input type="checkbox"/> Rojez en los ojos <input type="checkbox"/> Picasen en los ojos <input type="checkbox"/> Ardor en los ojos <input type="checkbox"/> Sensacion extraña en el cuerpo <input type="checkbox"/> Ojos excesivamente llorosos <input type="checkbox"/> Sencitiva a luces <input type="checkbox"/> Dolor a los ojos <input type="checkbox"/> Orzuelos <input type="checkbox"/> Parpadea <input type="checkbox"/> Flotadores <input type="checkbox"/> Ojo Vago <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Degeneracion macular <p>Respiratorio</p> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis Cronica <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Apnea de sueño	<p>Oido, Nariz, Garganta</p> <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Congestion nasal <input type="checkbox"/> Garganta seca/ boca <input type="checkbox"/> Goteo postnasal <input type="checkbox"/> Tos cronica <input type="checkbox"/> Zumbido en los oidos <input type="checkbox"/> Dolor de oido o infeccion <input type="checkbox"/> Usa audifonos <input type="checkbox"/> Sordo <p>Vascular/Cardiovascular</p> <input type="checkbox"/> Diabetes Cuantos años? ____ Ultimo prueba de azucar en la sangre ____ Controlado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hab1C ____ <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon <input type="checkbox"/> Alta presion sanguinea Cuantos años? ____ Controlada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Colesterol alto <p>Gastrointestinal</p> <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <p>Genitourinario</p> <input type="checkbox"/> Gondolas/Riñones/Vejiga	<p>Huesos/Articulaciones Musculos</p> <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Dolor de musculos/ debilidad <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones <p>Linfatico/Hematologica</p> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado <p>Endocrino</p> <input type="checkbox"/> Tiroides <p>Psiquiatrico</p> <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Ansiedad/trastorno de panico <input type="checkbox"/> Estrés posttraumatico <p>Neurologico</p> <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia <p>Constitucional</p> <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Aumento y perdida de peso <p>Integumentario</p> <input type="checkbox"/> Piel <p>Otro:</p>	<p>Historia Medica Familiar</p> <input type="checkbox"/> Ningun familiar tiene condicones medicas Algun familiar tiene historial medico de los siguientes? (Porfavor indicar la relacion del familiar con el paciente) <table style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: right;">Relacion</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Ceguera</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cataratas</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Glaucoma</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Bisco</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Diabetes</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermeda del corazon</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Alta presion sanguinea</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Colesterol Alto</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Degeneracion Macular</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Artritis</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cancer</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lupus</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Tiroides</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otro (explicar)</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> </tbody> </table> <p>A sido expuesto o infectado con las siguiente:</p> <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Sifilis <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> VIH/SIDA		Relacion	<input type="checkbox"/> Ceguera	_____	<input type="checkbox"/> Cataratas	_____	<input type="checkbox"/> Glaucoma	_____	<input type="checkbox"/> Bisco	_____	<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Enfermeda del corazon	_____	<input type="checkbox"/> Alta presion sanguinea	_____	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	_____	<input type="checkbox"/> Degeneracion Macular	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon	_____	<input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina	_____	<input type="checkbox"/> Artritis	_____	<input type="checkbox"/> Cancer	_____	<input type="checkbox"/> Lupus	_____	<input type="checkbox"/> Tiroides	_____	<input type="checkbox"/> Otro (explicar)	_____
	Relacion																																				
<input type="checkbox"/> Ceguera	_____																																				
<input type="checkbox"/> Cataratas	_____																																				
<input type="checkbox"/> Glaucoma	_____																																				
<input type="checkbox"/> Bisco	_____																																				
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____																																				
<input type="checkbox"/> Enfermeda del corazon	_____																																				
<input type="checkbox"/> Alta presion sanguinea	_____																																				
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	_____																																				
<input type="checkbox"/> Degeneracion Macular	_____																																				
<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon	_____																																				
<input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina	_____																																				
<input type="checkbox"/> Artritis	_____																																				
<input type="checkbox"/> Cancer	_____																																				
<input type="checkbox"/> Lupus	_____																																				
<input type="checkbox"/> Tiroides	_____																																				
<input type="checkbox"/> Otro (explicar)	_____																																				

Tiene alergia algun medicamento?: Ninguno Penicilina Sulfamidas Otro: _____

Toma alguna medicina recetada o no resetada regularmente? Si No

Si su respuesta es Si porfavor escribir la lista de sus medicamentos: _____

Esta o podria estar usted embarazada? Si No Esta dando de lactar? Si No

Esta usted interesado(a) en ser evaluado con lentes de contacto? Si No

Marca y receta de sus actuales lentes de contacto: _____ Cuanto tiempo tienen sus lentes de contacto actualmente?
_____ semanas.

Social History

Yo prefiero discutir mi Historia Social con mi Doctor. Usa cualquiera de los siguientes: Ninguno

Alcohol Si No Tabaco Si No Drogas Ilegales Si No

**LOS PAGOS SON ECHOS EN SU TOTALIDAD
AL MOMENTO DEL SERVICIO Y NO SON REEMBOLSABLES.**

348 Ridge Rd
Lyndhurst, NJ 07071
201-438-8668

Pink Vision Associates
1562 Lemoine Ave.
Fort Lee, NJ 07024
201-461-7595

1068 Clinton Ave.
Irvington, NJ 07111
973-399-0909

Pink Vision Associates

Acknowledgment of Privacy and Voluntary Consent Form

In providing services to you, we create, receive, and store health information that identifies you. It is often necessary to use and disclose this information in order to treat you and conduct healthcare operations involving our office. The Notice of Privacy Practices posted in our office describes these uses and disclosures in detail. Please refer to this notice any time prior to signing this consent form. Copies are available for your personal documents.

I have read this Receipt and Consent form and understand it. I consent to the use and disclosure of my health information for purposes of treatment, payment, and healthcare options.

Print Patient's name _____

Sign _____ Date _____

Print name and relationship if signing on behalf of this patient:

Screening Fundus Photography

Fundus photographs are visual records or a picture of the back of the eye which document the current appearance of a patient's retina. One picture is worth, in this instance, a thousand words in the doctor's notes. They allow the physician to further study a patient's retina, to identify retinal changes on follow-up, or to review a patient's retinal findings from year to year. The objective of this more thorough test is to document early signs of life or sight-threatening eye conditions such as glaucoma, tumor of the eye, optic nerve disease, retinal detachment, signs of diabetic retinopathy or hypertensive retinopathy.

The screening fundus photograph is \$15 in addition to the cost of your exam, if you would like to get it done. This test is not covered by insurance unless there is an appropriate diagnosis, in which case a full resolution photo would be taken.

I would like to have fundus photography today. Yes No

Sign _____ Date _____

Insurance Information Release

When making a third party claim, I authorize the release of my medical information to process my third party claim. I authorize Pink Vision Associates to file complaints on my behalf if my third party carrier does not properly handle my claim. I authorize the release of any information pertinent to my case to any third party, adjuster or attorney involved in resolving the financial status of my account. I authorize my third party plan to pay Pink Vision Associates directly. If my plan does not pay this claim, I agree to be responsible for the payment of these professional services.

Sign _____ Date _____

Print name and relationship if signing on behalf of this patient:
