Drs. Savoy & Siegel
Los Medicos de Optometric
127 Newark Ave
Jersey City, NJ 07302
Tel 201-333-2768
Fax 201-333-3145

Fecha: ____/_____/_____

Informacion Sobre El Paciente

Gracias por escoger nuestra practica para sus necesidades de los ojos. Favor de llenar esta forma.
(Por Favor, escribe en letra imprenta.)

Nombre:_____ **Sexo M/F**
APELLIDO **Inicial** **Primer Nombre**

Fecha de nacimiento:_____/ _____/ _____ **Seguro Soc:** _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ **Estado**_____**Codigo Postal**_____

Telefono: ( ) - **Telefono del empleador:** ( ) -

Quien es su empleador? _____

Estado Civil: Soltero/a ,Casdo/a, Viudo/a, Divociado/a, Menor,
(Menos de 18 anos)

Typo de seguro medico: _____

Qual es la razon para su visita? _____

En caso de una emergencia a quien contactaremos?
_____
Numero de telefono: _____

Nombre y Numero de su Farmacia: _____

PREGUNTAS DE HISTORIA MEDICA

Nombre:_____ **Fecha**_____/_____/_____
Direccion _____
Numero de telefono( )_____ **Fecha de nacimiento** _____
Seguro Social _____-_____-_____ **Ocupacion**_____
Nombre de doctor primario_____**Telefono**_____
Cuando fue su ultimo examen con el oculista?_____/_____/_____

Historia Medica y Ocular:

Condiciones	**Usted**		**Familia**	
Perdida de vista	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**
Catarata	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**
Ojos Cruzados	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**
Glaucoma	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**
Cancer	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**
Diabetis	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**
Alta Presion	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**
Colesterol Alto	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**
Asthma	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**
Artritis	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**
Tyroide	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**
Anciedad/Depresion	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**
Embarazada	**SI**	**NO**		

Otro_____

Nombre de los medicamentos que estatomando:_____
Alergia de alguna medicina? Explique:_____

Verificacion de simtomas de a vista:

Ahora Usted Parece de:	**Vista Borrosa**	**SI**	**NO**
	Vista Doble	**SI**	**NO**
	Sequedad en los Ojos	**SI**	**NO**
	Siente picazon,Ardor,Rojizo, Lagrimosos	**SI**	**NO**
	Ves rayos de luz	**SI**	**NO**
	Siente cosa flotando en su Vista	**SI**	**NO**

Drs. Savoy Siegel & Desai
Patient Consent for use & Disclosure of protected health Information

With my consent, Drs. Savoy Siegel & Desai may use and disclose Protected Health Info (PHI) about me to carry out treatment, Payment and Healthcare Operations (TPO) please refer to our privacy practices for a more complete description of such disclosures.

I have the right to review the Notice of Privacy Practices (NPP) prior to signing this consent. Drs. Savoy, Siegel & Desai reserve the right to revise its NPP at any time. A revised NPP may be obtained by visiting our front desk.

With my consent, Drs. Savoy Siegel & Desai may call or mail my home or other designated location about any items that assist the practice in carrying out TPO, such as appointments, Reminder cards, Patient statements and test results.

I have the right to request the Drs. Savoy, Siegel & Desai restrict how it uses or discloses my PHI to carry out TPO.

I may revoke my consent in writing except to the extent that the practice has already made disclosures in reliance upon my prior consent. If I do not sig this consent, Drs. Savoy, Siegel & Desai may decline to provide treatment to me.

_____ _____

Print Name of Patient **Signature**

_____

Name of parent /Guardian (if minor)

Drs. Savoy & Siegel
Los Medicos de Optometric
127 Newark Ave
Jersey City, NJ 07302
Tel 201-333-2768
Fax 201-333-3145

SIGNATURE ON FILE

I Authorize the use of this form on ALL my insurance submissions.
I authorize release of information to all MY INSURANCE COMPANIES.
I understand that IAM RESPONSIBLE for my bill.
I authorize my doctor to act as MY agent in helping me obtain payment form my insurance Companies.
I authorized payment direct to my doctor.
I permit a copy of this authorized to be used in place of the original.

Name:_____ **Ins ID#**_____
(PLEASE PRINT) **(IF APPLICABLE)**

Signature:_____**Date:**_____