



# New Patient Intake Form

Formulario de admisión de nuevos pacientes

Date \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

Patient Information (Información del Paciente)					
FIRST NAME (Nombre)	LAST NAME (Apellido)		BIRTHDATE (Cuándo nació) MM / DD / YYYY	GENDER (Género) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
ADDRESS (Dirección)	APT #	CITY (Ciudad)	STATE (Estado)	ZIP CODE (Código Postal)	
PHONE (Teléfono)			EMAIL (Correo Electrónico)		
Medical Information (Información Médica)					
FAMILY DOCTOR (Médico de Familia)	PHONE (Teléfono) (     ) -	PHARMACY (Farmacia)	PHONE (Teléfono) (     ) -		

**1. What is the reason for your visit? (¿Cuál es el motivo de su visita?)**

- Blurry vision (visión borrosa)  
  Floaters (moscas volantes)  
  Itchiness (picor)  
  Watery eye (ojos llorosos)  
 Redness (enrojecimiento)  
  Flashes of light (moscas destellos)  
  Dry eyes (ojos secos)  
  Eye discomfort (molestias oculares)

Other, please explain (Otro, por favor explique) \_\_\_\_\_

**2. Date of last eye exam? (¿Fecha de su último examen ocular?)** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **from which doctor? (¿con qué médico?)** \_\_\_\_\_

**3. Have you ever had your eyes dilated? (¿Alguna vez le han dilatado los ojos?)**  No  Yes (Sí)

**4. Have you had any eye surgeries? (¿Ha tenido alguna cirugía ocular?)**  No  Cataract surgery (Cirugía de cataratas)  
 Glaucoma surgery (Cirugía de glaucoma)  Retinal surgery (Cirugía de retina)  LASIK

Other, please explain (Otro, por favor explique) \_\_\_\_\_

**5. Are you currently taking any medications? (¿Está tomando algún medicamento actualmente?)**  No  Yes (Sí)

(please list / por favor liste) \_\_\_\_\_

**6. Any drug allergies? (¿Tiene alguna alergia a medicamentos?)**  No  Yes: (Sí)  Penicillin (Penicilina)  Sulfa

Other, please list (Otro, por favor explique) \_\_\_\_\_

**7. Do you or any family members have (¿Usted o algún miembro de su familia tiene):**

	SELF Usted	FAMILY Familia	NONE No		SELF Usted	FAMILY Familia	NONE No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>If SELF, what is your last recorded A1c?</i> <i>Si es usted, ¿cuál fue su último A1c registrado?</i>				Macular degeneration (Degeneración macular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High blood pressure (hipertensión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retinal disease (Enfermedad de la retina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart disease (Enfermedad cardíaca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eye cancer (Cáncer ocular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONSENT FOR TREATMENT:** I authorize Optic Eye Care to administer diagnostic and medical procedures as may be for proper ocular health care. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Autorizo a Optic Eye Care a realizar procedimientos diagnósticos y médicos para el cuidado adecuado de la salud ocular.

**OFFICE POLICY ON PAYMENT:** I understand that I am responsible for payment of all charges, including any deductible, copay, or any other balance not paid by my insurance at the time of billing. I authorize insurance benefits to be paid directly to the provider, if I request it. **POLÍTICA DE PAGO:** Soy responsable de todos los cargos, incluidos deducible, copago y cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Autorizo que los beneficios del seguro se paguen directamente al proveedor.

**DILATING DROPS:** Dilating drops are used to enlarge the pupils of the eye to allow for a better view of the inside of your eye. If required, I authorize my provider and/or assistants to administer dilating eye drops. **GOTAS DILATADORAS:** Autorizo el uso de gotas dilatadoras si es necesario para examinar mejor el interior de mis ojos

**Patient Signature (Firma del Paciente)** \_\_\_\_\_ **Date (Fecha)** \_\_\_\_\_