



EYE & FACIAL
PLASTIC SPECIALISTS

Dr. Donald Hollsten & Dr. Jordan Hollsten

Información del Paciente

Apellido _____ **Nombre** _____ **Inicial del segundo nombre** _____
(encierre una) Jr. Sr. Other (sexo) M F **Apodo** _____
Fecha de Nacimiento _____ **Seguro Social** _____
Estado Civil (encierre una) Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Compañero/a de vida
Dirección Residencial _____
Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____
Correo Electrónico _____
Teléfono de Casa _____ **Cellular** _____
Notificación de Emergencia _____ **Teléfono** _____
Relación con el paciente _____

Información del Seguro

Seguro Primario _____ **Nro. de Identificación** _____
Nro. de Grupo _____
Dirección de Seguro (detrás de la tarjeta) _____
Ciudad/Estado/Código Postal _____
Relación el paciente (encierre una) El Paciente Cónyuge Padres Otros _____
Nombre del titular de la póliza _____
Dirección Residencial _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono _____
Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Seguro Secundario _____ **Nro. de Identificación** _____
Nro. de Grupo _____
Dirección de Seguro (detrás de la tarjeta) _____
Ciudad/Estado/Código Postal _____
Relación el paciente (encierre una) El Paciente Cónyuge Padres Otros _____
Nombre del titular de la póliza _____
Dirección Residencial _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono _____
Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Información Referencial

Médico Remitente _____ OR **Otro Médico** _____
Médico de Atención Primaria _____ **Cardiologo/Vascular** _____



EYE & FACIAL
PLASTIC SPECIALISTS

Dr. Donald Hollsten & Dr. Jordan Hollsten

POLÍTICAS DE LA OFICINA

Entiendo lo siguiente:

- CO-PAGO / deducible esta debido en el momento de la cita..
- Reconozco responsabilidad financiera por cualquier saldo (s) no pagado por mi seguro, incluyendo deducibles, co-pagos, co-aseguros y / o cualquier servicio no cubierto,el incumplimiento podría resultar en una deuda de cobro.
- Entiendo que el campo visual no se realizará el mismo día que un examen de visita al consultorio.
- Se accederá a una tarifa no reembolsable de \$50 por no presentarse a una cita programada sin notificar a la oficina del Dr. Hollsten con al menos 24 horas de anticipación.
- Se accederá a una tarifa no reembolsable de \$150 por no presentarse a una cirugía programada sin notificar a la oficina del Dr. Hollsten con al menos 2 semanas de anticipación.
- Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para asegurar el pago del seguro.
- Cualquier información faltante o incorrecta puede ocasionar problemas con las compañías de seguros. En esos casos, soy responsable del pago total.
- Reconozco que he proporcionado la información más precisa y actual a mi leal saber y entender.

FIRMA _____

FECHA _____

PATIENT MEDICAL HISTORY

Ear/Nose/Throat

- Hearing Loss
- Sinus Problems
- Sore Throat
- Other _____

Heart Issues

- Chest Pain
- Irregular Heartbeat
- Heart Attack
- Other _____

Urinary Issues

- Pain or Discomfort
- Blood in Urine
- Other _____

Skin Problems

- Excessive Dryness
- Other _____

Musculoskeletal Issues

- Muscle Aches
- Joint Pain
- Swollen Joints
- Other _____

Psychiatric Issues

- Depression
- Anxiety
- Other _____

Respiratory Issues

- Asthma
- Shortness of Breath
- Coughing
- Other _____

Gastrointestinal Issues

- Heartburn
- Belly Pain
- Diarrhea
- Other _____

Neurological Issues

- Numbness
- Weakness
- Headaches
- Paralysis
- Other _____

Miscellaneous

- High Blood Pressure
- Cancer _____
- Immune System Disorder
- Thyroid Disease
- Stroke
- Bleeding Disorder
- Hyperlipidemia
- Diabetes
- _____

Have you ever been diagnosed with any of the following eye conditions? (check all that apply)

- Glaucoma Wandering Eye Droopy Eyelid
 Cataract Detached Retina Other _____

PATIENT SURGICAL HISTORY

Procedure _____ Date _____
Procedure _____ Date _____
Procedure _____ Date _____
Procedure _____ Date _____

*List additional Procedures on the back of this page

ALLERGIES

Food	Yes	No	_____
Medicine	Yes	No	_____
Environmental	Yes	No	_____

SMOKING HISTORY

Never Current Former

ALCOHOL USE Number of Drinks Per Day _____ Number of Drinks Per Week _____

FAMILY MEDICAL HISTORY (Check all that apply)

<input type="checkbox"/> Diabetes	Family Member _____
<input type="checkbox"/> High Blood Pressure	Family Member _____
<input type="checkbox"/> Cancer	Family Member _____
<input type="checkbox"/> Stroke	Family Member _____
<input type="checkbox"/> Bleeding Disorder	Family Member _____
<input type="checkbox"/> Asthma	Family Member _____
<input type="checkbox"/> Immune System Disorder	Family Member _____
<input type="checkbox"/> Other _____	Family Member _____

SIGNATURE _____ **DATE** _____