

Name:  
 DOB:  
 Chart:  
 Age:  
 Date:

# His Vision Eye Care

9110 S. Sheridan Road  
 Tulsa, OK 74133

**Stephen W. Groves, M.D.**

**Blake Carlisle, O.D.**

**Ann Fincher, O.D.**

**Christine McCracken, O.D.**

Comprehensive Family Eye Care

Phone 918.388.3949

FAX 918.388.0843

## Welcome to His Vision Eye Care

Sabemos que estas formas son una molestia, y deseáramos poder vivir sin ellas. Hemos tratado de agilizar esto para recopilar sólo la información que realmente necesitamos. Gracias por su ayuda.

PATIENT / Paciente	Patient Last Name / <i>Apellido</i>	Patient First Name / <i>Nombre</i>	Patient Mid. Name / <i>Nombre Medio</i>	Today's Date / <i>Fecha de hoy</i>
	Pat. Date of Birth / <i>Fecha de nacimiento</i>	Patient's Age / <i>Edad</i>	Patient's Gender <i>Chico Chica</i>	Primary Care Dr/Clinic (will receive copy of exam) <i>Pediatra</i>
	Patient Street Address / <i>Dirección</i>		City / <i>Ciudad</i>	State / <i>Estado</i> Zip / <i>Código Postal</i>
	Patient is: <i>Biolog./Hijo biológico Grand/Nieto</i> <i>Adopt/Hijo adoptado</i> <i>Foster/niño adoptivo</i>	Patient lives with / <i>Vive con:</i> <i>Father / Padré</i> <i>Mother / Madré</i> <i>Other / Otro _____</i>	e-mail Address / <i>Correo electrónico</i>	Home Phone / <i>Casa Teléfono</i>
FATHER / Padré	Father's Last Name / <i>Apellido del padre</i> Same as patient / <i>Mismo del hijo</i>	Father's First Name / <i>Nombre del padre</i>	Father's Date of Birth / <i>Fecha de nacimiento del padre</i>	Father's Home Phone Same as patient / <i>Mismo del hijo</i>
	Father's Home Street Address / <i>Dirección del padre</i> Same as patient / <i>Mismo del hijo</i>		City / <i>Ciudad</i>	State / <i>Estado</i> Zip / <i>Código Postal</i>
	Father's Occupation / <i>Trabajo del padre</i>	Father's Employer / <i>Empleador del padre</i>	Father's Work Phone / <i>Teléfono del trabajo</i>	Father's Cell Phone / <i>Teléfono celular</i>
MOTHER / Madré	Mother's Last Name / <i>Dirección de madre</i> Same as patient / <i>Mismo del hijo</i>	Mother's First Name / <i>Nombre de madre</i>	Mother's Date of Birth / <i>Fecha de nacimiento de madre</i>	Mother's Home Phone Same as patient / <i>Mismo del hijo</i>
	Mother's Home Street Address Same as patient / <i>Mismo del hijo</i>		City / <i>Ciudad</i>	State / <i>Estado</i> Zip / <i>Código Postal</i>
	Mother's Occupation / <i>Trabajo de madre</i> Stay-At-Home Mom / <i>No trabaja</i>	Mother's Employer / <i>Empleador de madre</i>	Mother's Work Phone / <i>Teléfono del trabajo</i>	Mother's Cell Phone / <i>Teléfono celular</i>
INSURANCE / Seguro	PRIMARY INSURANCE / <i>Seguro Primario</i>	Holder / <i>nombre del titular de la póliza</i>	Relationship/ <i>relación de titular de políticas</i>	Holder DOB/ <i>Fecha de nacimiento</i>
		Insurance Company/ <i>nombre de la compañía de seguros</i>		ID# for Primary Insurance / <i>Número de identificación</i>
	SECONDARY INSURANCE (If Any) / <i>Seguro Secundario (Si Alguno)</i>	Holder / <i>nombre del titular de la póliza</i>	Relationship/ <i>relación de titular de políticas</i>	Holder DOB/ <i>Fecha de nacimiento</i>
		Insurance Company/ <i>nombre de la compañía de seguros</i>		ID# for Secondary Insurance / <i>Número de identificación</i>
INSURANCE AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT / <i>Autorización y asignación de aseguranza</i>	Por la presente autorizo a Su Cuidado de Ojos de Visión a proporcionar información de la compañía de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamientos y por la presente cedo al médico todos los pagos por servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes. <u>Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi seguro.</u> El Dr. Groves es un médico de los ojos que proporciona atención médica oftalmológico. Dependiendo del diagnóstico, su seguro médico puede o no considerar este examen como un beneficio cubierto. Signed / <i>Firma</i> : <b>**DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE**</b> Date / <i>Fecha</i> :			
ACKNOWLEDGEMENT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES / <i>Reconocimiento del aviso de prácticas de privacidad</i>	Una descripción detallada de sus derechos y cómo se puede utilizar su información médica protegida se imprime en el Aviso de Prácticas de Privacidad y se publica en la oficina. Reconozco que se me ha puesto a disposición una copia. Signed / <i>Firma</i> : <b>**DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE**</b> Date / <i>Fecha</i> :			

Name:  
 DOB:  
 Chart:  
 Age:  
 Date:

Patient Name / Nombre: \_\_\_\_\_ Date of Birth / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

FAMILY HISTORY / Historia familiar	Amblyopia (lazy eye)? / <i>Ambliopia (ojo perezoso)?</i>	Yes No <i>Si No</i>	Please circle yes or no and explain all yes responses
	Misaligned Eyes? / <i>Ojos desalineados?</i>	Yes No <i>Si No</i>	
	Genetic Disorders? / <i>Trastornos genéticos?</i>	Yes No <i>Si No</i>	
	Any hereditary diseases/eye conditions? / <i>Condiciones del ojo o enfermedades hereditario?</i>	Yes No <i>Si No</i>	

BIRTH, PRENATAL, DEVELOPMENTAL HISTORY/NACIMIENTO, PRENATAL, HISTORIA DEL DESARROLLO	Prenatal Complications? / <i>Complicaciones prenatal?</i>	Yes No <i>Si No</i>
	Baby Premature? / <i>Bebé prematuro?</i>	Yes No <i>Si No</i>
	Birth Weight? / <i>Peso en nacimiento</i>	_____ pounds / <i>libras</i> _____ ounces / <i>oz</i>
	Developmental Problems? / <i>Problemas de desarrollo?</i>	Yes No <i>Si No</i>
	Any school/learning difficulties? / <i>Dificultades en la escuela o aprendizaje?</i>	Yes No <i>Si No</i>

REVIEW OF SYSTEMS, MEDICATIONS, AND SURGERIES/ REVISIÓN DE SISTEMAS, MEDICAMENTOS Y CIRUGÍAS	Fever, unexplained weight loss? / <i>Fiebre o pérdida de peso sin explicación?</i>	Normal Abnormal <i>Normal Anormal</i>
	Ears/nose/throat? (frequent ear infections, sinus trouble, etc.) / <i>Problemas de orejas/nariz/garganta?</i>	Normal Abnormal <i>Normal Anormal</i>
	Endocrine? (diabetes, growth hormone deficiency, etc.) / <i>Problemas del endocrino? (diabetes, etc.)</i>	Normal Abnormal <i>Normal Anormal</i>
	Heart? / <i>Problemas del corazón?</i>	Normal Abnormal <i>Normal Anormal</i>
	Lungs? (asthma, etc.) / <i>Problemas de los pulmones? (asma, etc.)</i>	Normal Abnormal <i>Normal Anormal</i>
	Gastro-intestinal? (nausea/vomiting/diarrhea, etc.) / <i>Problemas gastrointestinal? (nausea/vómitos/diarrea, etc.)</i>	Normal Abnormal <i>Normal Anormal</i>
	Skin? / <i>Problemas del piel?</i>	Normal Abnormal <i>Normal Anormal</i>
	Kidney/reproductive? / <i>Problemasdel riñon/reproductivo?</i>	Normal Abnormal <i>Normal Anormal</i>
	Behavioral, ADHD? / <i>Problemas del comportamiento?</i>	Normal Abnormal <i>Normal Anormal</i>
	Neurological (cerebral palsy, developmental delay, etc.)? / <i>Problemas neurológicos?</i>	Normal Abnormal <i>Normal Anormal</i>
	Psychiatric? / <i>Problemas psiquiátrico?</i>	Normal Abnormal <i>Normal Anormal</i>
	Seasonal allergies? / <i>Alergias estacional?</i>	Normal Abnormal <i>Normal Anormal</i>
	Does your child take any medications daily? (Please list) / <i>Toma medicinas cada dia? (Lista por favor)</i>	Yes No <i>Si No</i>
	Are there medications which make your child sick? (Names) / <i>Han medicinas que se hacen enfermo? (Nombres)</i>	Yes No <i>Si No</i>
	Any surgical procedures? (Please list) / <i>Ha tenido cirugias? (Lista por favor)</i>	Yes No <i>Si No</i>

Signed / Firma: \_\_\_\_\_ Date / Fecha: \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Reviewed by: \_\_\_\_\_

**\*\*DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE\*\***