



EYES OF WINTER PARK
THE EYE BOUTIQUE

Acct #: _____
(For Official Use Only)

BIENVENIDO A EYES OF WINTER PARK!

Por Favor Complete Esta Información

Fecha Hoy: _____ / _____ / _____

INFORMACION DE IDENTIFICACION

Apellido(s) Sr. Sra. Srta. Dr. Sufijos	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa) / /	Edad
Dirección (Hogar)	# Apartamento PO Box	Ciudad	Estado	Zip
Telefono (Hogar)	Telefono (Trabajo)	Telefono (Móvil)	Email	
Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)	Genero: Masculino Femenino	Raza (Opcional) Blanco Afro-Americano Es Hispano o Latino? S / N Asio-Americano	Nativo Hawaii / Otra Isla Pacifica Nativo Americano / Nativo Alaska	
Empleador (Escuela si es Estudiante)	Su Profesión (Grado si Estudiante)	Necesidades Visuales: Ordenador / Electronics / Telefono / Hobbies / Piloto / Vida / Video Games / Swimming / Ciclismo		

INFORMACION DE SEGURO

Nombre de Seguro Medico / Numero de Membrecia

Nombre de Seguro Visual / Numero de Membrecia

COMO SE ENTERO DE EYES OF WINTER PARK?

Su Seguro Google / Facebook Locación Pagina de Web Referido por Amigo Referido por Doctor Otro: A **QUIEN** le podemos dar las gracias por referirlo(a)?

SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 ANOS

Nombre de Padre / Guardiante Telefono (Hogar) Telefono (Móvil) Telefono (Trabajo)

EN CASO DE EMERGENCIA

Contacto en Caso de Emergencia Relación al Paciente Telefono / Tipo Email

INFORMACION SOBRE SU EXAMEN VISUAL

– Usted declara que esta de acuerdo con las pólizas de Eyes of Winter Park, LLC en respecto al uso y seguridad de su información personal / HIPPA. Copias de estas pólizas están disponibles, favor de pedir las o también las puede encontrar en nuestra pagina de web: www.eyeswinterpark.com.

– El estado de la Florida requiere la dilatación de sus pupilas con el uso de gotas especiales para facilitarle al Dr. Richardson examinar la superficie de la retina. Estas gotas pueden causar: ardor, sensibilidad a las luces, y dificultad enfocando la vista por aproximadamente cuatro (4) + horas. USE PRECAUCION conduciendo y operando equipo. – **ACEPTO / DECLINO la Dilatación**

– **Esta buscando una mejor alternativa al uso de químicos o quiere deferir la dilatación?** Digital Retinal Photo (DRP) and Ocular Coherence Tomography (OCT) examinan los ojos con mas detalle al nivel microscópico y son la misma tecnología utilizada por retinologos para detectar y seguir el progreso de enfermedades oculares y retinales. Estas tecnologías están documentadas a detectar enfermedades de tres (3) a cinco (5) anos antes de poder ser detectadas por un doctor con dilatación. **El Dr. Richardson recomienda estas pruebas anualmente a todos sus pacientes, de todas edades para ser productivo con el cuidado de sus ojos - no reactivo.** Generalmente estas pruebas diagnosticas no

– **ACEPTO / DECLINO la Digital Retinal Photo (DRP)** (\$39 Adicional)



Seleccione **AMBAS PRUEBAS: DRP and OCT**

– **ACEPTO / DECLINO el Optical Coherence Tomography (OCT)** (\$39 Adicional)

Descuento! (\$65 Adicional para Ambas Pruebas).

Firm del Paciente o de su Representante Oficial

Fecha

Imprima su Nombre

Relacion (Padre / Guardiante / Representante)

COMO LE AYUDAMOS HOY? (Circule / Escriba)	Perdida de vision / cambio en su vision	Ardor	Rojedad	Lagrimo	
	Hinchazon en los parpados o quiste	Picazon	Descarga	(Mujeres) Embarazada / Amamantando	
	Otra razon:				
GENERAL	Ordenador / Electronicos: Horas uso diarias?	Su ultimo examen de la vista?	Su ultimo examen fisico?		
HISTORIA SOCIAL	Tobacco / cajetillas diarias?	LENTILLAS	Marca:	Der:	Hora Poner: Hora Quitar:
	Bebidas semanales?		Solution:	Iz:	Desechar:. Dormir en Lentes: S / N (Honestidad)

CIRCULE LAS QUE APLIQUEN; HAGA CHECK - NINGUNA CONDICIONIF SI APLICA; LISTE USANDO: YO; M = Madre; P = Padre; H = Hermano(a); AB = Abuelo(a)

HISTORIA VISUAL <input type="checkbox"/> NINGUNA CONDICION VISUAL	HISTORIA GENERAL <input type="checkbox"/> NINGUNA CONDICION GENERAL
Cataratas (Cirugía): Fecha Derecho: Fecha Izquierdo:	Diabetes Tipo I / II Año Dx: HbA1c: M P H AB
Retinopatía Diabetica Año Tx:	Colesterol / Tri-Glicéridos Yo y/o algun Familiar? M P H AB
Glaucoma Año Dx:	Presión Alta (Sangre) / Corazon / Infarcto Yo y/o algun Familiar? M P H AB
Degeneración DRY Macular WET Año Tx:	Oídos / Balance Yo y/o algun Familiar? M P H AB
Desprendimiento Retinal Año Tx:	Aneurisma / Sangre / Coagulación Yo y/o algun Familiar? M P H AB
Otro Desorden Visual:	Respiratorio / Sinus Yo y/o algun Familiar? M P H AB
Ambliopía / Ojo Vago Yo y/o algun Familiar? M P H AB	Gastro-intestinal / Diarrea Yo y/o algun Familiar? M P H AB
Ceguera Yo y/o algun Familiar? M P H AB	Genito-urinario / Enfermedades Sexuales Yo y/o algun Familiar? M P H AB
Daltonismo / Defecto Colores Yo y/o algun Familiar? M P H AB	Problemas de Piel / Quistes Yo y/o algun Familiar? M P H AB
Ojo Desviado Yo y/o algun Familiar? M P H AB	Dolores de Cabeza / Migraña Yo y/o algun Familiar? M P H AB
Resequedad/HVGD/Sjogrens Yo y/o algun Familiar? M P H AB	Coyunturas / Artritis Reumatoide Yo y/o algun Familiar? M P H AB
Keratitis Herpes Simplex Yo y/o algun Familiar? M P H AB	Tiroide / Intolerancia al Frio o Calor Yo y/o algun Familiar? M P H AB
Keratocono / Astigmatismo Yo y/o algun Familiar? M P H AB	Músculos / Debilidad / Cambio de Peso Yo y/o algun Familiar? M P H AB
	Ansiedad / Depresión Yo y/o algun Familiar? M P H AB
	Tipo: _____ Cancer: Yo y/o algun Familiar? M P H AB

MEDICAMENTOS (Vitaminas, OTC, Remedios Caseros, Naturales) Meds en Pagina Aparte **ALERGIAS** (Meds, Comidas, Tape, Latex, Tintes)

Ningún Polen

PARA USO OFICIAL **PATIENT DID NOT FILL OUT FORM COMPLETELY**

RECOMMENDATIONS: Contact Lens Samples Sclerals Dry Eye / Lid Scrub VF 24-2 DRP / OCT PAL AR / Blue AR PhotoChr Clips Custom

Case Hx: B / I / R / T , Flash / Floater, HA

VA s RX - 20 /	AR:	Lids / Lashes	Iris	ONH	C/D
VA c RX - 20 / (SRx / CLRx)	Old Rx:	Angles	Lens	Mac	Vessels
EOM	IOP (OD / OS): /	Cornea		Vitreous	Periph
CT	BCC NRA/PRA	A1:		P1:	
PERRL () A	B/I B/O B/U	A2:		P2:	
CF	Trial CLRx:	A3:		P3:	
NPC Mad		New CLRx:		New SRx:	

Specialty Testing



EYES OF WINTER PARK
THE EYE BOUTIQUE

Acct #: _____
(For Official Use Only)

WELCOME TO EYES OF WINTER PARK!

Please Complete the Following Information

Today's Date _____ / _____ / _____

IDENTIFYING INFORMATION

Last Name	Mr.	Mrs.	Ms.	Miss	Dr.	First Name	Middle	DOB (DD/MM/YY)	Age	
Home Address						Apartment	PO Box	City	State	Zip
Home Telephone						Office Telephone		Mobile Telephone	Email	
Marital Status	Single	Married	Gender			Male	Race (Optional)	White	African American	Native Hawaiian / Other Pacific Is.
	Widowed	Divorced			Female	Are You Hispanic or Latino?	Y / N	Asian American	American Indian / Alaska Native	
Employer (School if Student)						Occupation (School Grade) / Disabled		Vision Needs: Computer / Electronics / Telephone / Hobbies / Pilot / Lifestyle / Video Games / SCUBA / Swimming / Bicycling		

INSURANCE INFORMATION

Name of Medical Insurance / Member Number	Name of Vision Insurance / Member Number
---	--

HOW DID YOU HEAR ABOUT EYES OF WINTER PARK?

Insurance	Location	Referred by Friend	Division Blind Services	Other:	WHO can we thank for referring you?
Google / FaceBook	Website	Referred by Doctor	Lighthouse Cent. FL		

IN CASE OF EMERGENCY OR IF PATIENT IS UNDER 18 YEARS

Emergency Contact / Parent / Guardian	Relationship	Mobile Telephone	Email
---------------------------------------	--------------	------------------	-------

ABOUT YOUR EYE EXAMINATION

– I accept the HIPPA and Privacy Practices of Eyes of Winter Park, LLC and acknowledge that they have been explained to my satisfaction. I also understand that a copy of these Practices is available upon request or found at www.eyeswinterpark.com. You can authorize any individual to have access to your protected health information. Write their name, relationship to you and date of birth at the bottom of this form. You can revoke this authorization at any time, but must do so in writing.

– **ACCEPT / DECLINE the Dilation.** The state of Florida requires the dilation of your pupils with special eye drops that allow Dr. Richardson the ability to examine the structures inside your eyes. You may experience: mild stinging, light sensitivity, and difficulty focusing at near for a duration of approximately four hours. USE CAUTION if driving / operating equipment. In extremely rare cases, dilation drops may trigger acute angle-closure glaucoma but this adverse reaction is easily treatable. Your signature below authorizes Dr. Richardson / staff to administer dilation drops to your eyes.

– **Want a better alternative to chemical agents and/or want to skip the dilation?** Do you suffer / family history of high blood pressure/diabetes/macular? Digital Retinal Photo (DRP) and Ocular Coherence Tomography (OCT) go above and beyond a standard eye exam and are the same technology used by retinal ophthalmologists to detect and manage ocular disease and retinal conditions. These technologies combined have been documented to detect disease three to five years before it becomes clinically visible to any eye doctor.

Dr. Richardson highly encourages that all patient, of all ages, have both tests performed every year to ensure a proactive (not reactive) eye care approach. NOTE: Preventative testing is generally NOT covered by your insurance.

- **ACCEPT / DECLINE the Digital Retinal Photo (DRP)** (Add \$39)
 - **ACCEPT / DECLINE the Optical Coherence Tomography (OCT)** (Add \$39)
- Select **BOTH: DRP and OCT** Discount! (Add \$65 for Both).

Signature of patient or legally authorized individual	Date
---	------

Printed Name	Relation (Parent/Guardian/Representative)
Name / Relationship / DOB	Name / Relationship / DOB

MEDICATIONS (Vitamins, Over the Counter, Home Remedies, Natural)

Meds / Hx on Separate Sheet

ALLERGIES (Meds, Foods, Tape, Latex, Dyes)

None

Seasonal

Circle if You Take: Topamax / Plaquenil / Amiodarone / Minocycline / Flomax / Viagra

VISION HISTORY NO KNOWN EYE / VISION CONDITIONS

HEALTH HISTORY NO KNOWN HEALTH CONDITIONS

1. Date Diagnosed

1. Date Diagnosed

2. Date Diagnosed

2. Date Diagnosed

3. Date Diagnosed

3. Date Diagnosed

Eye Surgeries / Dates

Medical Surgeries / Dates

(Females) Pregnant / Nursing

HOW CAN WE HELP YOU TODAY?

GENERAL

Computer / Electronics: Hours of daily use?

When was your last eye exam?

When was your last physical?

SOCIAL HISTORY

Tobacco:

Alcohol:

CONTACT LENSES

Brand:

R Eye

Time Insert:

Time Remove:

Rate your stress / happiness:

Solution:

L Eye

Replace Schedule:

Sleep in Lenses: Y / N (Be Honest)

FOR OFFICIAL USE ONLY BELOW THIS LINE

PATIENT DID NOT FILL OUT FORM COMPLETELY

Chief Complaint:

Case Hx: B / I / R / T , Flash / Floater, HA

VA s RX – 20 /	AR:	Lids / Lashes	Iris	ONH	C/D
VA c RX – 20 / (SRx / CLRx)	Old Rx:	Angles	Lens	Mac	Vessels
EOM	IOP / Pachs: /	Cornea		Vitreous	Periph
CT	BCC NRA/PRA	A1:		P1:	
PERRL () A	B/I B/O B/U	A2:		P2:	
CF	Trial CLRx:	A:3		P3:	
NPC Mad		New CLRx:		New SRx:	

Specialty Testing / Low Vision Needs / Devices

EYES OF WINTER PARK: LOW VISION

Date:

Name

Date of Birth

Home address

Telephone and Email

Emergency Contact and Telephone

Circle which apply: Working / Student / Disabled / Other:

Where do you: Work / Go to School / Spend Time / Other?

Current eye doctor / approximate date of last visit?

What caused your decreased vision and when?

Are you legally blind?

Do you have an active driver's license? Do you drive? How do you get around?

Which do you use: Eyeglasses / Contact Lenses / Magnifiers / Other:

Hours daily of: Computer / Tablet / Smart Phone / Other:

Trouble: Caring for yourself / Recognizing Faces / Mobility / Daily Tasks / Other:

List Medications:

List Allergies:

List Eye Surgeries / Procedures / treatments:

Describe three CRITICAL visual tasks to concentrate on today

- BE VERY SPECIFIC; for work, school, day to day activity, hobbies, etc.

1)

2)

3)

Who referred you / how did you find us?

EYES OF WINTER PARK: LOW VISION

Fecha:

Nombre

Fecha Nacimiento

Dirección de Hogar

Teléfono y Email

Contacto de Emergencia y Teléfono

Circule Cual Le Aplica: Trabajando / Estudiando / Desabilitado / Otro:

Donde usted: Trabaja / Estudia / Pasa Tiempo / Otro?

Nombre de su doctor(a) de la vista / fecha aproximada de su última visita?

Que diagnóstico causó que usted perdiera visión y cuando?

Esta clasificado(a) como legalmente ciego?

Tiene licencia de conducir activa? Usted conduce? Como va de lugar en lugar?

Cual usa: Anteojos / Lentillas de contacto / Lupa / Other:

Horas diarias de: Computador / Tablet / Teléfono / Otro:

Dificultad: Cuidando de usted propiamente / Reconociendo caras /
Movilidad / Tareas diarias / Otro:

Liste sus Medicamentos:

Liste sus Alergias:

Liste Cirugías de los Ojos / Procedimientos Médicos / Tratamientos:

Describa tres tareas visuales CRITICAS para concentrarnos hoy
- SIENDO ESPECIFICO(A); trabajo, escuela, actividades diarias, hobbies, etc.

1)

2)

3)

Quien lo(a) refirió / como nos encontró?

LOW VISION EXAM

CHIEF COMPLAINT:

- Trouble Seeing Medications
 Completed Vision Rehab /
 White Cane / Guide Dog

TIME LOG

- Records Review / Organize Notes
 Contrast Filters
 AR / VR Technology
 Pretesting Procedures
 Distance Vision Aids
 AI Technology
 Comprehensive Examination
 Near Tasks / Mag / Lighting
 Specialty Contact Lenses
 Specialty Testing: OCT / Fundus
 Using a Computer
 FL Drivers Lic / Aids not Permitted
 Low Vision Trial Frame Refraction
 Review Visual Needs
 Visual Field Testing / Esterman

Legal Blindness (20/200 or worse in better seeing eye wearing best correction / or visual field 20 degrees or less in the better eye)

FILTERS: FL-41 / YELLOW / ORANGE / PURPLE / AMBER / OTHER:

ELECTRONICS: MAC / WINDOWS / TABLET / MONITOR / OTHER:

SUNS: PhotoCHR / GRAY / AMBER / G15 / MIRROR / OTHER:

SOFTWARE: JAWS / ZOOMTEXT / IZOOM / AUDIO BKS / OTHER:

DISTANCE:

AR / VR:

NEAR:

AI:

SPECIALTY: PROSTHETICS / CONTACT LENSES

VA s RX – 20 /	AR:	Lids / Lashes	Iris	ONH	C/D
VA c RX – 20 / (SRx / CLRx)	Old Rx:	Angles	Lens	Mac	Vessels
EOM	IOP / Pachys: /	Cornea		Vitreous	Periph
CT	BCC NRA/PRA	A1:		P1:	
PERRL () A	B/I B/O B/U	A2:		P2:	
CF	New Rx	A3:		P3:	
NPC Mad					

Notes: