



Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

SS#: _____ Sexo: V H Estado Civil: S C D V

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono de día _____ Ext. _____ Número de teléfono de casa _____

Correo Electrónico: _____

Persona responsable si no es el paciente _____

Dirección: _____

Seguro Principal _____ Seguro Secundario _____

ID# _____ ID# _____

GROUP#: _____ GROUP# _____

Nombre del Asegurado _____ Nombre del Asegurado _____

Fecha de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Empresa: _____ Nombre de la Empresa: _____

Si usted es un paciente nuevo, cómo fue referido: _____

1. Por favor recuerde que el seguro médico se considera un método de reembolsar al paciente por gastos pagados al doctor, y no es un sustituto de pago. Algunas compañías pagan una porción limitada por ciertos procedimientos, y otras pagan el cien por ciento del gasto. **Es responsabilidad de cada paciente pagar la cantidad deducible, el pago compartido, o cualquier otro gasto no pagado por el seguro.** Usted deberá realizar su pago compartido de seguro por cada visita.
2. Este contrato permanecerá en vigor hasta que sea revocado por mi mismo, en forma escrita. Una fotocopia de este contrato será considerada como un original. Entiendo que soy económicamente responsable de todos los cargos, ya sean pagados por el seguro o no. Autorizo a este agente a dar a conocer toda la información necesaria para asegurar el pago.

Firma: _____

Fecha: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Doctor Familiar: _____ Oftalmólogo: _____ Doctor Referente: _____

Haga el favor de rellenar las preguntas siguientes sobre su historial médico. ¿Ha sido tratado por alguna de las siguientes condiciones médicas? Por favor verifique sí o no, y haga un círculo sobre todo lo que sea pertinente. Explique más en el espacio proporcionado si es necesario.

- Sí No Artritis (reumática, osteo-degenerativa) _____
- Sí No Enfermedades de Sangre (anemia, leucemia, coagulación) _____
- Sí No Oídos, Nariz, Garganta (pérdida de audición, sinusitis) _____
- Sí No Diabetes (tipo, como fue controlado y cuando fue diagnosticado) _____
- Sí No Enfermedad de Tiroides (hipo, hiper, enfermedad de Graves) _____
- Sí No Enfermedades del Pulmón (asma, enfisema, EPOC, bronquitis crónica) _____
- Sí No Cardiopatía (ataque del corazón, angina, arritmia, insuficiencia cardiaca, enfermedad de válvula de corazón, cirugía de bypass coronario) _____
- Sí No Presión Alta _____
- Sí No Enfermedades Gastrointestinales (ulcera, esófago, enfermedad intestinal, o del hígado) _____
- Sí No Enfermedades Genito-urinarias (enfermedades del riñón, diálisis, cálculos renales) _____
- Sí No Enfermedades de la Piel (eczema, soriasis, acne, rosácea) _____
- Sí No Salud Mental (depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar) _____
- Sí No Cáncer (tipo y fecha) _____
- Sí No Enfermedades Infecciosas (tuberculosis, sífilis, gonorrea, SIDA, VIH, hepatitis) _____
- Otros Problemas _____

Cirugía Previa (fecha/razón) _____

REVISION DE SISTEMA ¿Tiene usted alguno de los siguientes problemas? Por favor, verifique si o no.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de articulaciones (Músculoesquelético) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de garganta, oídos o sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Facilidad de moratones (Hematológico) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ardor de estómago, dolor abdominal, diarrea, vómito |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión Alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor durante micción, sangre en orina |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nivel anormal de tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Debilidad, adormecimiento, dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Falta de respiración, sibilancias fuertes (Respiratorio) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Salpullidos, sequedad excesiva |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor del pecho, palpitaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Depresión/ansiedad |

Por favor, anote todas las medicinas que usted toma (incluyendo aquellas sin receta médica, o escriba si no toma ninguna):

Por favor, anote si usted es alérgico a algún medicamento, y que tipo de reacción tiene (incluyendo medicinas, comidas u otras cosas) _____

ENFERMEDAD DE OJOS

¿Ha sido usted diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades de ojos? Si es así, por favor explique y incluya el año diagnosticado.

Sí No Cataratas _____

Sí No Enfermedad o Trasplante Corneal _____

Sí No Enfermedad Diabético del Ojo _____

Sí No Glaucoma _____

Sí No Ojo Perezoso (Ambliopía) _____

Sí No Degeneración Macular _____

Sí No Desprendimiento de Retina _____

Sí No Lesión _____

Sí No Cirugía o Láser _____

Comentarios _____

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDADES

¿Tiene usted antecedentes familiares de alguna de las siguientes? Por favor, indique el familiar afectado: (Madre, padre, hermana, o hermano)

Sí No Cáncer _____

Sí No Diabetes _____

Sí No Glaucoma _____

Sí No Enfermedad de Corazón _____

Sí No Enfermedad de Retina _____

HISTORIA SOCIAL

¿Cual es su estado civil? Soltero Casado Divorciado/Enviudado

¿Vive solo? Sí No Residencia de Ancianos

¿Fuma? Sí No ¿Con que frecuencia? _____

¿Bebe alcohol? Sí No ¿Con que frecuencia? _____

¿Está empleado? Sí No Ocupación _____

¿Mujeres, está embarazada? Sí No ¿Da el Pecho? Sí No

¿Cual es la razón de su visita? _____

¿Cuándo fue el último examen de la vista?

Firma de Paciente _____ **Fecha:** _____

Firma de Técnico _____ **Fecha:** _____

Revisado por el Dr.: _____

Fecha: _____