



Información de Paciente

Fecha: _____

Seleccione Uno: Sra. Señorita Sr. Dr. Joven Nombre de guardián (si menor): _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ NSS: _____

Ciudad/ Código Postal: _____ Celular: _____ Texto: Si/ No

E-mail: _____ Teléfono de Casa: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Referidos Por: _____ Doctor Amigo Familiar Seguro Yelp

Nombre de **Seguro de Visión**: VSP MES Eyemed Medi-Care Ninguno Otro _____

Nombre de **Seguro Médico**: _____ ID#: _____

de Grupo _____ Nombre de Miembro: _____ FDN: _____

Médico Primario: _____ Teléfono: _____

Debido a la Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Salud (HIPPA), sus iniciales y firma son requeridas

Iniciales:

_____ **Autorizo** a cualquier poseedor de mi información médica facilitar y / o solicitar mi información con otros profesionales médicos para el propósito de consulta y referencia apropiada para mi asistencia médica.

_____ **Autorizo** que Flores Optometry Inc. me contacte por teléfono o por otros medios de comunicación electrónicos que sean necesarios para supervisar mi progreso o recomendar tratamiento.

_____ Me han dado la copia de la póliza de privacidad de **Flores Optometry Inc.** (Usted puede solicitar una copia)

_____ **Autorizo** a cualquier poseedor de mis antecedentes médicos dar a mi compañía de seguro o a su agente cualquier información necesaria para determinar si estos servicios son cubiertos por mis beneficios. Solicito que el pago de servicios autorizados sea hecho en beneficio a **Flores Optometry Inc.** Conuerdo en ser personalmente y completamente responsable por copagos o deducibles no cubiertos por mi compañía de seguros.

Firma: _____ Relación al Paciente (si menor): _____

CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA

Razón por esta visita: _____

Fecha de último examen de ojos: _____ Nombre de previo oculista: _____

Usa Lentes: si / no Usa lentes de contacto: si / no Marca de contactos: _____

He tenido cirugía laser: si / no Fecha de cirugía: _____

Condiciones previas de los ojos, i.e. cataratas, glaucoma, degeneración macular, desprendimiento de retina, etc.

Anote cualquier alergia: _____

Anote medicamentos: _____

Indique si alguno de estos aplica: favor de anotar condiciones o desordenes cuando sea requerido

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Borrosidad repentina | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza (migrañas) | <input type="checkbox"/> Alta presión |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Embarazada o amamantando | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Destellos de luz | <input type="checkbox"/> Diabetes: Ultimo nivel de azúcar _____ | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Flotadores | <input type="checkbox"/> Desorden de tiroides: _____ | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Ojos resecos | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón: _____ | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Comezón | <input type="checkbox"/> Condición de riñón/hígado _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ojos llorosos | <input type="checkbox"/> Gastritis/problemas digestivos: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> Condición de la piel: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ojos rojos | <input type="checkbox"/> Condición psiquiátrica/neurológico: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de ojos | <input type="checkbox"/> Desorden de sangre: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ojos cansados | <input type="checkbox"/> Problemas de nariz, oídos, garganta: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Estrabismo | <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | |

Ha sido expuesto o ha sido infectado con: Gonorrea Hepatitis SIDA Sífilis

Alguna otra condición médica: _____

Indique si alguno de estos aplica: Tabaco si / no Alcohol: si / no Usa drogas: si / no

Si su historia familiar incluye algo de lo siguiente por favor de indicar parentesco a usted:

Relación

Relación

Glaucoma: _____
 Cataratas: _____
 Degeneración Macular _____
 Desprendimiento de la retina _____
 Ceguera _____

Alta presión: _____
 Enfermedad de corazón: _____
 Diabetes _____
 Desorden de tiroides: _____
 Otra condición: _____

Firma: _____

Relación a paciente (si menor): _____