Cuestionario de Historial Médico

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

_____ Teléfono del Trabajo: _____

Tutor (si corresponde): _____ Ocupación: _____

Email: _____ Idioma Preferido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Núm. de Seguridad Social: _____ Raza / Etnia: _____

Sexo: _____ Último Examen de la Vista: _____ Último Examen Físico: _____

Nombre de su Médico: _____ Teléfono del Médico: _____

Historial Médico

¿Tiene algún tipo de alergias a medicamentos? ❒ sí ❒ no Si sí, explique: _____

_____

Lista de los medicamentos que toma (incluyendo anticonceptivos, aspirina, medicamentos comprados sin receta, y remedios caseros): _____

_____

Anote todas las lesiones mayores, cirugías, y hospitalizaciónes: _____

_____

Historia ocular: ❒ ojos cruzados ❒ ojo perezoso ❒ párpardo caído ❒ ojos prominentes ❒ Glaucoma ❒ degeneración de la retina ❒ cataratas ❒ infecciones oculares ❒ lesiones del ojo

¿Está embarazada o en periodo de lactancia? ❒ sí ❒ no

¿Usa lentes? ❒ sí ❒ no ¿Si usa lentes, por cuánto tiempo ha tenido sus lentes más recientes? _____

¿Usa lentes de contacto? ❒ sí ❒ no ¿Si los usa, por cuánto tiempo ha tenido su más reciente par? _____

Tipo de lentes de contacto: ❒ Duros ❒ Blandos ❒ Uso prolongado ❒ Otro ¿Son cómodos? ❒ sí ❒ no

Historia Familiar: tome nota de cualquier historia familiar (padres, abuelos, hermanos, niños; vivos o fallecidos) de las condiciones siguientes.

Condición	Sí	No	?	Relación Con Usted
Ceguera	❒	❒	❒	_____
Catarata	❒	❒	❒	_____
Ojos Cruzados	❒	❒	❒	_____
Glaucoma	❒	❒	❒	_____
Degeneración Macular	❒	❒	❒	_____
Degeneración o Desprendimiento de la Retina	❒	❒	❒	_____
Artritis	❒	❒	❒	_____
Cáncer	❒	❒	❒	_____

Condición	Sí	No	?	Relación Con Usted
Diabetes	❒	❒	❒	_____
Enfermedad del Corazón	❒	❒	❒	_____
Presión Alta	❒	❒	❒	_____
Enfermedad de los Riñones	❒	❒	❒	_____
Lupus	❒	❒	❒	_____
Desorden de la Tiroides	❒	❒	❒	_____
Otra condición: _____				_____

✳ ***Por favor dale vuelta a la página y complete la segunda parte.*** ✳

© 2014 PEN Publications 1-800-444-9230

Historia Social: *Esta información* se mantiene de forma estrictamente confidencial. *Por favor indique si prefiere discutir este tema con el médico personalmente.* ❒ Marque aquí para hablar con el médico.

¿Maneja? ❒ sí ❒ no ¿Tiene dificultad con su vista cuando maneja? ❒ sí ❒ no Si tiene dificultad, explique: _____

_____

¿Fuma? ❒ sí ❒ no Si fuma, que tipo, cantidad, y por cuanto tiempo: _____

¿Bebe alcohol? ❒ sí ❒ no Si toma, que tipo, cantidad, y por cuanto tiempo: _____

¿Usa drogas ilegales? ❒ sí ❒ no Si usa drogas, que tipo, cantidad, y por cuanto tiempo: _____

Ha estado alguna vez expuesto o se ha infectado con: ❒ Gonorrea ❒ Hepatitis ❒ SIDA ❒ Sífilis

Revisión de los Sistemas: ¿Actualmente o alguna vez ha tenido problemas en las siguientes áreas?:

Sistema	Sí	No	?
Constitucional			
Fiebre, Subida/Pérdida de Peso	❒	❒	❒
Integumentario (Piel)	❒	❒	❒
Neurológico			
Dolores de Cabeza	❒	❒	❒
Jaqueca/Migrañas	❒	❒	❒
Ataques Epilépticos	❒	❒	❒
Ojos			
Pérdida de la Vista	❒	❒	❒
Visión Nublada/Empañada	❒	❒	❒
Visión Distorcionada	❒	❒	❒
Pérdida de Vision Periférica	❒	❒	❒
Doble Visión	❒	❒	❒
Ojos Resecos	❒	❒	❒
Secreción Mucosa	❒	❒	❒
Ojos Rojos	❒	❒	❒
Ojos Arenosos	❒	❒	❒
Picazón/Comezón	❒	❒	❒
Irritación	❒	❒	❒
Sensación de Cuerpo Foráneo Ocular	❒	❒	❒
Exceso de Lagrimeo	❒	❒	❒
Sensilibilidad a Luz/Sol	❒	❒	❒
Dolor de Ojo	❒	❒	❒
Infección Crónica de los Ojos o Párpados	❒	❒	❒
Orzuleos	❒	❒	❒
Focos de Luz en la Vista Periférica	❒	❒	❒
Ojos Cansados	❒	❒	❒
Endocrinológico			
Tiroides/Otras Glandulas	❒	❒	❒

Sistema	Sí	No	?
Oídos, Nariz, Boca, Garganta			
Alergias	❒	❒	❒
Congestión Nasal/Sinusitis	❒	❒	❒
Mucosidad Nasal	❒	❒	❒
Post-goteo Nasal	❒	❒	❒
Tos Crónica	❒	❒	❒
Resequedad de Boca/Garganta	❒	❒	❒
Respiratorio			
Asma	❒	❒	❒
Bronquitis Crónica	❒	❒	❒
Enfisema	❒	❒	❒
Vascular / Cardiovascular			
Diabetes	❒	❒	❒
Dolor de Corazón	❒	❒	❒
Alta Presión	❒	❒	❒
Enfermedad Vascular	❒	❒	❒
Gastrointestinal			
Diarrea	❒	❒	❒
Estreñimiento	❒	❒	❒
Genitourinario			
Genitales/Riñones/Vejiga	❒	❒	❒
Huesos / Articulaciones / Músculos			
Artritis Reumático	❒	❒	❒
Dolor de Músculos	❒	❒	❒
Dolor de Articulaciones	❒	❒	❒
Linfático / Hematológico			
Anemia	❒	❒	❒
Problemas de la Sangre	❒	❒	❒
Alérgico / Inmunológico	❒	❒	❒
Psiquiátrico	❒	❒	❒

Si usted respondió SÍ a qualquiera de estas preguntas o tiene condiciones no mencionados, por favor explique y lista los medicamentos.

_____

_____

_____

_____ _____

Firma del Doctor Fecha

© 2014 PEN Publications 1-800-444-9230

Registración
Dr. Carlos E. Green

Teléfono Celular_____**E-mail**_____

Nombre_____ **Cuando Nació**_____

Domicilio_____
Numero y nombre de Avenida/Calle **Ciudad** **Zona Postal**

Teléfono de Domicilio_____**Seguro Social # XXX-XX-**_____

Teléfono de Trabajo_____**Ocupacion**_____

Nombre de Empleador_____**Telefono**_____

Nombre de su Medico Familiar:_____**Teléfono**_____

EXPECTAMOS PAGO COMPLETO POR SERVICIOS y MATERIALES EL MISMO DIA DE SERVICIO.

VISION INSURANCE: **VSP___MESC___ARTA___SAFEGUARD___EYEMED___**
BLUE SHIELD PPO___CAL OPTIMA___MEDICARE___OTHER_____
MEDICAL INSURANCE: **HMO:___PPO:_____**

Aviso de Practica de Privacidad

Durante el proceso de administrar servicios, nosotros creamos, recibimos, y guardamos información relacionado al paciente. Es necesario frecuentemente usar y mandar tal información para conducir tratamiento, mandar a cobrar su aseguranza, e procesos internos de nuestra oficina. El Aviso completo "Notice of Privacy Practices" esta colocado en la área de Recepción.

Declaro que estoy consciente del Aviso "Notice of Privacy Practices." Tal aviso esta plenamente visible en la área de Recepción, o si quiere, puede obtener una copia con la recepcionista.

Firma_____**Fecha**_____

Adult & Pediatric Eye Care/Ocular Disease Detection, Treatment, Management/Refractive Surgery Consultant/ Specialty Contact Lenses/Glasses
Spanish Bilingual

6/2014

Registración
Dr. Carlos E. Green

Teléfono Celular de Padre o Guardián_____

Nombre del Menor_____**Cuando Nació**_____

Domicilio_____
Numero y nombre de Avenida/Calle **Ciudad** **Zona Postal**

Teléfono de Domicilio_____**Seguro Social # XXX-XX-**_____

Nombre de Padre/Guardián Responsable para el Menor_____

El Domicilio de Padre/Guardián es igual del Menor ?: ☐Si

Si es diferente, domicilio:_____**Teléfono**_____

Nombre del Pediatra o Medico Familiar:_____**Teléfono**_____

EXPECTAMOS PAGO COMPLETO POR SERVICIOS y MATERIALES EL MISMO DIA DE SERVICIO.

VISION INSURANCE: **VSP___MESC___ARTA____SAFEGUARD____EYEMED____**
BLUE SHIELD PPO____CAL OPTIMA____MEDICARE____OTHER_____
MEDICAL INSURANCE: **HMO:___PPO:_____**

Aviso de Practica de Privacidad

Durante el proceso de administrar servicios, nosotros creamos, recibimos, y guardamos información relacionado al paciente. Es necesario frecuentemente usar y mandar tal información para conducir tratamiento, mandar a cobrar su aseguranza, e procesos internos de nuestra oficina. El Aviso completo "Notice of Privacy Practices" esta colocado en la área de Recepción.

Declaro que estoy consciente del Aviso "Notice of Privacy Practices." Tal aviso esta plenamente visible en la área de Recepción, o si quiere, puede obtener una copia con la recepcionista.

Firma_____**Fecha**_____

Adult & Pediatric Eye Care/Ocular Disease Detection, Treatment, Management/Refractive Surgery Consultant/
Specialty Contact Lenses/Glasses
Spanish Bilingual

6/2014