

Cuestionario del Paciente

Fecha de Hoy ___/___/___

Edad _____

Nombre(Last, First): _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Seguro Social # ___/___/___

Domicilio _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____

Celular: (____) _____ - _____ Tel. de Casa: (____) _____ - _____ Tel. de Trabajo: (____) _____ - _____

Correo: _____ Estatus: Casado Divorciado Soltera Otro Género: M F

Lenguaje de Preferencia: English Español Mandarin Cantonese Vietnamese Otro: _____

¿Cómo escucho de nosotros? / ¿Quién lo refirió? _____

Empleo _____ Pasa Tiempo _____

Contacto de emergencia: (En caso que no lo podamos contactar) (Si es menor de 18 años, información de los padres es necesaria)

Nombre: _____ Tel.: _____ Relación: _____

Último examen Físico ___/___/___ Nombre de Doctor: _____ Tel. de Doctor: (____) _____

Último examen Ocular ___/___/___ Nombre de Doctor: _____ Tel. de Doctor: (____) _____

Aseguranza

Nombre de aseguranza de **Vision**: _____ Numero de I.D.: _____

Nombre de Primario: _____ Seguro Social de Primario: _____ Fecha de Nacimiento de Primario: _____

Nombre de aseguranza de **Medico**(PPO Solamente): _____ Numero de I.D.: _____

Nombre de Primario: _____ Seguro Social de Primario: _____ Fecha de Nacimiento de Primario: _____

Certifico que la información proveída es verdadera y correcta. Certifico que yo y/o mis dependientes tienen cobertura por parte de la aseguranza y autorizo el pago de estos beneficios directamente a Dennis Lin, O.D., Inc. por los servicios y materiales rendidos. Entiendo que soy responsable de cubrir los gastos que no hayan sido cubiertos por la aseguranza. Autorizo el uso de mi firma para todas las reclamaciones a mi seguro. Autorizo al titular de mi información médica que comparta con Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios y servicios relacionados. Si tengo otra aseguranza medica (indicado en # 9 de la HCFA-1500 de reclamaciones de seguro) mi firma autoriza el divulgue de mi información medica al asegurador o agencia como se muestra arriba, y autorizo a mi doctor para que sea mi agente personal.

Firma de Paciente o Representante Legal _____ Fecha: _____
(Usada solamente para reclamaciones referentes a su seguro)

HIPPA

Tengo conocimiento de la carta de Prácticas de Privacidad (Pacientes recibirán una copia) _____ Fecha: _____

Historia Médica

¿Tiene alergias a algún medicamento? No Sí Si tiene, explique _____

Anote los medicamentos que esté tomando (incluya anticonceptivos, pastillas, gotas, vitaminas, medicamentos sin receta, etc.):

Anote hospitalizaciones/cirugías que haya tenido y ¿cuándo? _____

Marque:

Ojos Cruzados Ojo Perezoso Degeneración Macular Perdida de Vista Ojos Secos Alergias Glaucoma
 Cataratas Enfermedad de Retina Infección de Ojos Lesión en los Ojos Otros: _____

Si no padece ninguna, marque aquí:

¿Está embarazada o amamantando? No Sí

¿Usa lentes? No Sí Si usa, ¿cuánto tiempo tiene con ellos? _____

¿Usa lentes de contacto? No Sí Si usa ¿que marca y prescripción usa? _____

Last Name: _____ First Name: _____ M.I. _____ DOB: _____

SALUD DE FAMILIA Y HISTORIAL DE LA VISTA

Marque su **Historia Familiar** (padres, abuelos, hermanos, parientes de sangre) si padecen alguna de las enfermedades siguientes.

Por Favor indique relación con el paciente.

Marque aquí si no padece ninguna:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Retina _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____ | <input type="checkbox"/> Glaucoma _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides _____ | <input type="checkbox"/> Ceguera _____ | <input type="checkbox"/> Cataratas _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Degeneración Macular _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón _____ | <input type="checkbox"/> Artritis _____ | <input type="checkbox"/> Lupus _____ |
| <input type="checkbox"/> Ojos cruzados/Perezosos _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón _____ | | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Retinopatía Diabética _____ | <input type="checkbox"/> Presión Alta _____ | | |

HISTORIA SOCIAL

- ¿Fuma? No Sí, ¿Cuánto tiempo?: _____
- ¿Toma alcohol? No Sí, ¿Cuánto tiempo? : _____
- ¿Ha estado expuesto a alguna infección sexual?: No Sí
- ¿Maneja? No Sí, ¿Cuánto tiempo?: _____
- ¿Usa drogas ilegales? No Sí, ¿Cuánto tiempo?: _____
- Sí: Gonorrea Hepatitis VIH Sífilis

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Actualmente ¿padece o ha padecido algún problema en las siguientes áreas? **POR FAVOR MARQUE LAS AREAS QUE APLIQUEN.**

Sistemas	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>?</u>		<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>?</u>
<u>Constitucional</u>							
Fiebre o perdió/subió de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<u>Tegumentario (Piel)</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<u>Neurológico</u>							
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<u>Ojos*</u>							
Pérdida de Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Vista Borrosa							
Lejos, Cerca, Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Mira Reflejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pérdida de Vista Lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Doble Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sequedad/Ardor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ojos Llorosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Secreción Mucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ojos Rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Siente Arena/Polvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Comezón en Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sensación Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dolor de Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Infección Crónica de Ojo/Parpado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Perrillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Flotadores en la Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Vista Cansada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<u>Endocrino</u>							
Tiroides/Otras Glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				<u>Oído, Nariz, Boca, Garganta</u>			
				Alergias/Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Congestión Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Secreción Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Tos Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<u>Respiratorio</u>			
				Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Bronquitis Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<u>Vascular/Cardiovascular</u>			
				Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Presión Sanguínea Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Enfermedad Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Dolor de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<u>Gastrointestinal</u>			
				Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<u>Genitourinario</u>			
				Genitales/Riñón/Vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<u>Huesos, Coyunturas, Musculos</u>			
				Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Dolor de Coyunturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<u>Linfático/Hematológico</u>			
				Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Problemas de Sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<u>Alérgico/Inmunológico</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<u>Psiquiátrico</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Ansiedad/Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tiene alguna condición que no aparece la en la lista arriba, por favor explique y anote medicamentos que esté tomando:

Firma de Doctor (Revisado) _____	Fecha _____	Firma de Paciente (Revisado) _____	Fecha _____
Firma de Doctor (Revisado) _____	Fecha _____	Firma de Paciente (Revisado) _____	Fecha _____
Firma de Doctor (Revisado) _____	Fecha _____	Firma de Paciente (Revisado) _____	Fecha _____
Firma de Doctor (Revisado) _____	Fecha _____	Firma de Paciente (Revisado) _____	Fecha _____
Firma de Doctor (Revisado) _____	Fecha _____	Firma de Paciente (Revisado) _____	Fecha _____
Firma de Doctor (Revisado) _____	Fecha _____	Firma de Paciente (Revisado) _____	Fecha _____