

Cuestionario de Historia Medica

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de ultimo examen de ojos _____

Doctor que refirrio: _____ Doctor defamilia _____

Qual es la razon de su visita? _____

Favor de hacer lista de medicamentos que este usando (medicamentos con o sin receta):

Nombre de farmacia: _____ **Numero de telefono:** _____

Direcion: _____

Tiene alergias a algun medicamento? SI NO

Si, si favor de nombrar los medicamentos: _____

Favor de nombrar sus enfermedades (glaucoma, diabetes, alta presion, ataque de corazon, etc.) o lesiones (conmocion, etc.) _____

Favor de poner cirugias que usted a tenido (cataratas, anginas, apendice, etc.) _____

Actualmente, tiene usted cualquiera de estos problemas? Favor de detallar sus sintomas:

| OJOS | Derecho | Izquierdo | NO | Explicacion del Problema |
|---------------------------------------|---------|-----------|----|--------------------------|
| Perdida de vision | | | | |
| Vision distorsionada | | | | |
| Vision periferal (vision a los lados) | | | | |
| Vision Doble | | | | |
| Comezon | | | | |
| Lagrimas/agua | | | | |
| Dolor | | | | |
| Ojo crusado o lento | | | | |
| Parpado hundido | | | | |
| Cataratas | | | | |
| Glaucoma | | | | |
| Rayos de luz | | | | |
| Manchas negras (flotantes) | | | | |
| Retina rota | | | | |
| Retina desprendida | | | | |
| Laser en la retina | | | | |
| Trauma al ojo | | | | |

| | SI | NO | Explicacion del Problema |
|---|----|----|--------------------------|
| GENERAL/ CONSTITUCIONAL (Calentura) | | | |
| (Perdido de peso) | | | |
| OIDOS, NARIZ, GARGANTA (senusitis) | | | |
| (infeccion del oido, tos cronica, boca reseca) | | | |
| CARDIOVASCULAR (ataque de corazon) | | | |
| (alta presion) | | | |
| RESPIRATORIO (asma) | | | |
| (Enfisema) | | | |
| GASTROINTESTINAL (Ulceras estomacales) | | | |
| (Hepatitis) | | | |
| GENITAL, RINON (Piedras en los rinones) | | | |
| (Dialisis) | | | |
| MUSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES (Artritis) | | | |
| (Polymyalgia reumatico) | | | |
| PIEL (acne, verrugas, Viteligo) | | | |
| NEUROLOGICO (Embolia) | | | |
| (Esclerosis multiple) | | | |
| ENDOCRINO (tiroides) | | | |
| Diabetes [cuanto tiempo?] | | | |
| SANGRE/LINFA (colesterol, anemia) | | | |
| (usando diluyentes de sangre) | | | |
| ENFERMEDADES INFECCIONES {sifilis, tuberculosis, VIH} | | | |
| ALERGIA/INMUNOLOGICA (Lupus, Sjogrens) | | | |
| CANCER | | | |

HISTORIA FAMILIAR

M=Madre, P=Padre, H=Hermanos AB=Abuelos

| ENFERMEDAD | SI | NO | PARENTESCO DEL PACIENTE |
|----------------------|----|----|-------------------------|
| Retina Desprendida | | | |
| Degeneracion Macular | | | |
| Glaucoma | | | |
| Cancer | | | |
| Diabetes | | | |

HISTORIA SOCIAL

Ocupacion actual o anterior: _____

Educacion (preparatoria, escuela vocacional, colegio): _____

Situacion Maritua (casado(a), divorciado(a), soltero(a), viudo(a)): _____

Situacion habital: _____

Maneja? _____ SI _____ NO

Tiene dificultades visuales cuando maneja? _____ SI _____ NO

Toma? _____ SI _____ NO Si contesto si, cada cuanto? _____

Fuma? _____ SI _____ NO Si contesto si, cada cuanto? _____

Alguna vez a tenido una transfusion de sangre? _____ SI _____ NO

Tiene historia de abuso de narcoticos? _____ SI _____ NO Si contesto si, cual narcotico? _____

REGISTRACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____

Número de trabajo: (____) _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Hombre / Mujer

Número de seguro social: _____

Situación de trabajo: tiempo completo / medio tiempo / estudiante / retirado(a)

Empleador: _____ Ocupación: _____

Situación matrimonial: Soltero(a) / casado(a) / viudo(a) / divorciado(a)

Nombre de pareja: _____ Número de teléfono: _____

Información del doctor que lo refirió:

Nombre del doctor: _____

Especialidad: Oftalmología / Optometrista / Médico de Cabecera

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: (____) _____

Fax: (____) _____

Médico de Cabecera: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: (____) _____

Fax: (____) _____

Información De Aseguransa: (favor de presentar sus tarjetas a la recepcionista)

*Si la tarjeta de su aseguransa no es presentada el balance será transferido al paciente.

Persona de Contacto en caso de Emergencia: _____

Relación al paciente:_____ Número de teléfono durante el día:_____

Si su enfermedad o accidente fue relacionado por el trabajo, por favor denos:

La fecha del accidente:_____

Información de compensación al trabajador:_____ Teléfono:_____

BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN MEDICA

Aseguransa es considerada un metodo de re-emborsamiento para el paciente de los pagos dados al doctor, y no es un subtituto para el pago. Es su responsabilidad pagar cualquier deducible, co-pago o otros balances no pagados por su aseguransa.

Yo autoriso pago de Medicare o otra aseguraza disponible para servicios de medicos o cirugía a South Coast Retina Center.

Yo autoriso la liberación de cualquier información medica demandada por mi compañía de aseguransa acerca de mi enfermedad, cirugía, o lesion.

Yo autoriso a South Coast Retina Center para utilizar la forma para autorizar mis recetas electrónicamente.

Yo entiendo que si yo soy un miembro de una Organización Vigilante de Salud (HMO), yo sere responsable de obtener autorización anterior de mi doctor familiar para todas mis visitas y procedimientos dados en esta oficina. Yo entiendo que si no hay autorización anterior, yo podre ser responsable por los cargos de esa fecha de tratamiento. Yo entiendo que todos los co-pagos seran pagados al tiempo de la visita o el tratamiento.

Nombre del Paciente: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

RECONOCIMIENTO DE REPASO DE ADVERTENCIA DE PRACTICAS PRIVADAS

Yo reconozco que e sido ofrecido(a) una copia de Advertencia de Practicas Privadas de esta clínica. Yo también reconozco que una copia de la Advertencia actual estara colocada en la area de recepción y yo sere ofrecido una copia de cualquier modificación a la Advertencia de Practicas Privadas en cada cita.

La Advertencia de Practicas Privadas sera ofrecida a mi en la primera visita en la clinica.

Firma

Fecha

Escriba su nombre: _____