

Formulario Historial Medico

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Mujer Hombre

Nombre de los Padres (Si el paciente es menor de edad) _____ Si es estudiante, que grado: _____

Domicilio: _____ Numero de telefono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono Principal: _____ Tipo Celular Casa

Numero de celular: _____ En caso de emergencia numero de telefono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Ocupacion: _____ Es su primera visita a este consultorio?: Si No

A quien le podemos dar las gracias por referirnos: _____

Cual es la razon para buscar cuidado de la vision en este momento: _____

La relacion del paciente al asegurado: Si Mismo Coñyuge Dependiente Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Nombre de asegurado: _____ Empleador del asegurado: _____

Identificacion de asegurado: _____ Nombre de plan de seguro: _____ Numero de auth.: _____

Por favor, marque esta casilla si no ha habido ningun cambio en su historia medica y ocular desde su ultima visita

Salud Medica de Paciente o su Familia
(Marque si alguien tiene)

- | | |
|--|---|
| <p><small>Si Mismo/Familia</small></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Ojo volteado <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Tifoidea <input type="checkbox"/> Cond. del corazon | <p><small>Si Mismo/Familia</small></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alta presion <input type="checkbox"/> Ojos dormidos/debil <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/migrañas <input type="checkbox"/> Problema con la vista (color) <input type="checkbox"/> Condicion de la piel <input type="checkbox"/> Condicion de la tiroide <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sensibilidad a medicamentos |
|--|---|

Problemas con los ojos/vista
(Si alguien tiene)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ninguno, examen anual de rutina <input type="checkbox"/> Visión borrosa de distancia <input type="checkbox"/> Visión borrosa de cerca <input type="checkbox"/> Ardor en los ojos <input type="checkbox"/> Doble visión <input type="checkbox"/> Ojos secos <input type="checkbox"/> Ojos cansados <input type="checkbox"/> Ojos irritados <input type="checkbox"/> Ojos llorosos <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Comezón/ardor de los ojos | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz <input type="checkbox"/> Ojos Rojos <input type="checkbox"/> Relampagos de luz <input type="checkbox"/> Manchas visuales <input type="checkbox"/> Falta de vision parcial <input type="checkbox"/> Visión variable <input type="checkbox"/> Herida/daño a los ojos |
|---|---|

Considera su salud: Buena Mas o menos Mal

Esta embarazada? Si No

Esta tomando medicinas o medicamentos actualmente? Si No Cuales son? _____

Es alergica a algun medicamento? Si No

Cuales son? _____

Ha sufrido de una enfermedad de la visión, lesion de los ojos, o cirujia de los ojos? Si No

Si anota si, por favor explique: _____

Cuando fue su ultima visita con el medico? _____ Cual es el nombre de su medico? _____

Cuando fue su ultimo examen de los ojos? _____ Cual es el nombre de su oculista anterior? _____

Usa usted lentes de contacto? Si No De que tipo? Duro Blando Desechables

Firme: _____ Fecha: _____

Encuesta Voluntaria de Idioma

- 1). Cual es su idioma hablado preferido?
 Ingles Espanol Chino Coreano Tagalog Vietnamita Otro _____
 - 2). Cual es su idioma preferido para la comunicacion escrita?
 Ingles Espanol Chino Coreano Tagalog Vietnamita Otro _____
 - 3). Cual es su raza?
 Blanco Indio Americano Isleno Pacifico Norteamericano africano Otro _____
 - 4). Cual es su origen etnico? Hispano o Origen Latino No-Hispano o Origen Latino
- No Deseo tomar parte en esta encuesta.

