

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MEDICA

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Referido por _____ Doctor principal _____

Medicamentos actuales (incluida la medicación sin receta) Lista previsto Ninguna

Farmacia Preferida _____

Alergias a alimentos o medicamentos Lista previsto Ninguna

¿Ahora tiene o recientemente ha tenido alguno de los siguientes?

- Sensibilidad a la luz Dificultad de enfocar Sequedad de los ojos El uso de contactos
 Enrojecimiento de ojos Dolor Secreción de los ojos Cirugía corneal previa
 Luces parpadeantes en la visión Visión doble Deslumbramiento El uso de Flomax
 Flotadores Visión distorsionada El consumo de tabaco
 Picazón en los ojos Disminución de la visión El consumo de alcohol

CONDICIONES DE SALUD Ninguna

- Alergias: _____ Enfermedad De La Arteria Coronaria Virus De Inmunodeficiencia Humana o Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida
 Angina Diabetes Presión alta
 Ansiedad / Depresión Tipo I por _____ años Síndrome del Intestino Irritable
 Artritis Tipo II por _____ años Infarto De Miocardio
 Asma Colesterol Alto Enfermedad Del Riñon
 Fibrilación Auricular GERD / Enfermedad Del Reflujo Gastroesofágico Trastorno Convulsivo
 Coágulos De Sangre Dolor De Cabeza Embolio
 Cáncer Enfermedad Del Corazón Enfermedad De Tiroides
 Arritmia Cardíaca Hepatitis o Enfermedad del Hígado Otro: _____
 COPD / Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

HISTORIA QUIRÚRGICA Ninguna

- Cardiac CABG / Pacemaker / Stent Cirugía De Reemplazo De Cadera Cirugía De Reemplazo De Rodilla Cirugía De Espalda
 Colecistectomía Derecha o Izquierda Derecha o Izquierda Otro: _____
 Cirugia De Banda Gastrica

FAMILY HISTORY / HISTORIA FAMILIAR Ninguna Adoptado

S/B: Hermana o hermano; M: Madre; F = Padre

Por favor, enumere cómo están relacionados con usted

- Ambliopia _____ Diabetes _____ Trastorno Convulsivo _____
 Artritis _____ Glaucoma _____ Embolio _____
 Asma _____ Colesterol Alto _____ Enfermedad De Tiroides _____
 Ceguera _____ Presión alta _____ Otro: _____
 Cáncer _____ Macular Degeneration _____
 Enfermedad de Cardiovascular _____ Migraña _____

Afirmo que la información que proporcioné, con respecto a mi información médico y del paciente, es completa y precisa. Entiendo y acepto que, independientemente del estado del seguro, soy responsable de la cantidad de dinero en esta cuenta para cualquier servicio profesional realizado. Reconozco que se me ha brindado acceso a la Notificación de políticas de privacidad de Henry Eye Clinic.

Firma del paciente _____

Firma del médico _____ Fecha _____

Fecha de información del paciente _____

Nombres y Apellidos _____
Primer Nombre Medio Nombre Apellidos

Dirección de envío _____
City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código Postal

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Hombre o Mujer _____ Número de seguro social _____

Favor a seleccione: Soltero Casado Viudo Divorciado Menor de edad

Teléfono de casa _____ teléfono celular _____ correo electrónico _____
¿Cómo le gustaría que lo contactemos? Por favor seleccione la caja apropiada. Se pueden aplicar cargos normales de llamadas y mensajes de texto.

Empleador _____ teléfono del empleador _____

A quién notificar en caso de emergencia (un pariente cercano que no vive con usted)

Nombre y Apellidos _____ Relación con el paciente _____ Número de teléfono _____

Si el paciente es un menor de edad, por favor complete la información abajo. (Pacientes menores de 18 años o cubiertos por los seguros de los padres)

Nombre del Padre _____ Fecha de nacimiento _____ Número de teléfono _____

Empleador _____ Teléfono del empleador _____

Nombre de la madre _____ Fecha de nacimiento _____ Número de teléfono _____

Empleador _____ Teléfono del empleador _____

POR FAVOR ELIGA UNO:

Race / Raza:

- Nativo Americano / Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro / Afroamericano
- Nativo de Hawái / Isleños Pacíficos
- Latinoamericano
- Caucásico
- No querer especificar

Language / Idioma:

- English / Inglés
- Francés
- Alemán
- Italiano
- Portugués
- Ruso
- Español
- Otro : _____
- No querer especificar

Ethnicity / Etnicidad:

- Afroamericano
- Americano
- Nativo Americano
- Chino
- Europeo Americano
- Hispanic / Latino / Hispano / Latino
- Judío
- No es Hispano / Latino
- Desconocido
- No querer especificar

INFORMACIÓN DE SEGURO DE MEDICO Y PRIVACIDAD

● No Somos Proveedores De Ningún Plan De Seguro De Visión ●

Nombre de la Seguro Primaria _____ Número De Póliza _____

Nombre del Propietario de la Póliza _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento del Propietario de la Póliza _____ Número de seguro social del Propietario de la Póliza _____

Nombre de la Seguro Segundo _____ Número De Póliza _____

Nombre del Propietario de la Póliza _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento del Propietario de la Póliza _____ Número de seguro social del Propietario de la Póliza _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y ACUERDO FINANCIERO

Por favor, indique aquellos con quienes podemos discutir sus diagnósticos y tratamientos. Autorizo a Henry Eye Clinic a analizar mi información médica con las siguientes personas.

Nombre _____ Relación con el paciente _____ Número de teléfono _____

Nombre _____ Relación con el paciente _____ Número de teléfono _____

Por favor, indique otros familiares que son pacientes en Henry Eye Clinic.

Nombre Fecha de nacimiento Nombre Fecha de nacimiento

Autorizo a los médicos y al personal de Henry Eye Clinic a realizar servicios de examen visual para mí, incluyendo dilatación y pruebas de diagnóstico. Recibí el "Aviso de prácticas de privacidad" y acepto el Acuerdo Financiero de Henry Eye Clinic.

Firmado _____ Fecha _____