

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

Fecha de hoy: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____

Primer n.: _____ Segundo n.: _____

N.S.S. del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Raza: _____ Etnia: _____

Idioma primario: Inglés Otro: _____

Teléfono casa: () _____

Teléfono trabajo: () _____

Email: _____

Móvil/Contacto primario: () _____

Empleador/escuela: _____

Ocupación/grado: _____

Esposo(a)/padre: _____

Trabajo de esposo(a)/padre: _____

¿A QUIÉN DEBEMOS NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA?

Nombre	Teléfono	Relación
()		

¿Cuál es el propósito principal de esta visita?

• _____

¿Algún problema con sus lentes de contacto o anteojos actuales?

• _____

¿Interesado en la Corrección de la Visión con LÁSER? (LASIK)

• _____

¡MUY IMPORTANTE!

¿A quién podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina?

Paciente actual: _____

Médico que refiere: _____
Médico de cabecera u otro médico

Optometrista que refiere: _____
Ciudad: _____ Estado: _____

Nombre del amigo o familiar _____

SI NO ES RECOMENDADO, ¿CÓMO ELIGIÓ NUESTRA OFICINA?

- Lista de seguros
- Vio anuncio/edificio
- Periódico/Radio/TV
- Páginas amarillas: ¿Qué directorio?
- Página Web: ¿Qué sitio?



En Inland Eye Specialists, somos profesionales comprometidos a brindarle el cuidado de la vista más completo disponible en un ambiente respetuoso y compasivo. También prometemos educarlo a fondo sobre sus necesidades de salud ocular y de la vista.

Estamos dedicados a promover activamente nuestro conocimiento y experiencia en el campo del cuidado de la vista para poder ofrecerle tecnología y productos de vanguardia, maximizando así su calidad de vida.

Como resultado de nuestros esfuerzos conjuntos, le brindaremos el más alto nivel de servicio y valor para garantizar que nuestra relación con usted, su familia y sus amigos dure muchos años.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro de la vista: _____

Nombre del suscriptor: _____

N.S.S. del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Seguro médico principal: _____

Nombre del suscriptor: _____

NSS del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER CARGO NO CUBIERTO POR EL SEGURO MÉDICO O DE VISIÓN:

(FIRMA)

(FECHA)

MÉDICO Y FARMACIA

Quién es su médico de atención primaria:

Ciudad _____ Teléfono () _____

Farmacia preferida _____

Teléfono de la farmacia (si lo sabe) () _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____

A ANTECEDENTES OCULARES:
 ¿Le han diagnosticado ALGÚN problema ocular?
 (por ejemplo, cataratas, glaucoma, degeneración macular, problemas de retina, etc.)

▼ Sí No

Enumere todos los PROBLEMAS OCULARES:	Fecha	¿Ojo izquierdo/Ojo derecho/Ambos?

B PROCEDIMIENTO OCULARES PASADOS:
 ¿Ha tenido CUALQUIER cirugía o procedimiento ocular?
 (por ejemplo, cirugía de cataratas, cirugía de glaucoma, cirugía láser, LASIK, cirugía de retina, etc.)

▼ Sí No

Enumere todos los PROCEDIMIENTO OCULARES:	Fecha	¿Ojo izquierdo/Ojo derecho/Ambos?

C ENFERMEDADES SISTÉMICAS ANTERIORES:
 ¿Ha tenido ALGUNA enfermedad sistémica en el pasado?
 (por ejemplo, problemas de tiroides, glaucoma, diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, cáncer, problemas respiratorios, etc.)

▼ Sí No

Enumere todas las ENFERMEDADES SISTÉMICAS ANTERIORES:

D TRAUMATISMO DE CABEZA / OCULAR
 ¿Ha tenido ALGÚN traumatismo craneal u ocular en el pasado?
 (por ejemplo, caídas, conmociones cerebrales, accidentes automovilísticos, etc.)

▼ Sí No

Enumere todos los TRAUMAS ANTERIORES DE CABEZA/OCULAR:	Fecha de la lesión

E CIRUGÍAS CORPORALES PASADAS
 ¿Ha tenido alguna cirugía o procedimiento general/corporal?
 Enumere TODAS las cirugías anteriores

▼ Sí No

Enumere todas las CIRUGÍAS GENERALES anteriores:	Fecha de la cirugía

F **HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL**
¿Alguno de los miembros de su familia tiene ALGUNA enfermedad médica o de los ojos?
En caso afirmativo, tenga en cuenta la relación con el paciente.

Enfermedad	Sí	No	Relación	Preguntas de seguimiento
Degeneración macular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		¿Fuma? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Si la respuesta es sí, ¿Cuánto? ____ ¿Paquetes al día?
Problemas de retina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Ojo vago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		¿Ex fumador? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Ceguera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		¿Bebe alcohol? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Hipertensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Si la respuesta es sí, ¿Cuánto? ____ ¿Tragos por día?
Enfermedad del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Enfermedad respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Tiroides/Enfermedad autoinmune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Comentarios: _____

G **REVISIÓN DE SISTEMAS**
¿Actualmente tiene alguno de los siguientes problemas?

Preguntas	Sí	No	Si Sí, explique
1. ¿Tiene alguna alergia a algún medicamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. De constitución (fiebre, pérdida de peso, fatiga, otros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Ojos (glaucoma, catarata, ojo vago, problemas de retina, otros, especifique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Oído Nariz Boca Garganta ((pérdida de audición, problemas de sinusitis, dolor de garganta, dificultad para respirar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Cardiovascular (problemas cardíacos, dolor de pecho, latidos cardíacos irregulares)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. Respiratorio (asma, dificultad para respirar, sibilancias, tos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. Gastrointestinal (reflujo, dolor abdominal, diarrea, vómitos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. Genitourinaria (problemas urinarios, sangre en la orina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9. Tegumentario (erupciones en la piel, sequedad excesiva)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10. Musculoesquelético (dolores musculares, dolor en las articulaciones, articulaciones hinchadas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11. Neurológico (entumecimiento, debilidad, dolores de cabeza, parálisis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12. Hematológico/ Linfático (trastornos de la sangre, leucemia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

