

HISTORIAL DEL PACIENTE

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo nombre _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Pos. _____
Teléfono de casa _____ Telé. del trabajo _____ Fecha de nacimiento _____
Seguro Social _____
Empleador _____ Ocupación _____ Asesoramiento _____
Aseguradora secundaria _____ Empleador _____
Fecha del último examen de los ojos _____ Dilatado _____ Fecha de hoy _____

HISTORIAL MEDICO

Cual es su salud general? _____

Tiene algun problema con algunos de estos sintomas? Circule los que le aplican:

Gastrointestinal SI NO Nervios SI NO Ojos SI NO Mental SI NO
Oidos/naris/garganta SI NO Genito-urinario SI NO glándulas de endocrino SI NO
Cardiovascular SI NO Musculo-esqueletico SI NO sangre/linfa SI NO
Respiratorio SI NO Integumentario SI NO Alergia/inmunologico SI NO

Explique _____

Por favor de contestar todos los que aplican:

Diabetes SI NO tipo _____ Fecha del diagnostico _____

Alergias SI NO Alergico(a) a que? _____ Qué pasa? _____

Alergias a medicina SI NO Qué pasa? _____

Otros problemas medicos _____

Medicamento reciente _____

Cirugias SI NO De qué tipo? _____ Cuando? _____

Usted fuma cigarrillo/usa tabaco _____ alcohol? _____ otra sustancia _____

Nombre del médico de la familia _____ Fecha de la última visita _____

HISTORIAL DE LA FAMILIA

Alta presión SI NO relación _____ Degeneración maculara SI NO relación _____

Diabetes SI NO relación _____ Separación retinal SI NO relación _____

Glaucoma SI NO Qué tipo? _____ Relación _____

Otra condición en el ojo SI NO qué tipo? _____ Relación _____

INFORMACION PERSONAL DEL OJO

A tenido una operacion en un ojo? SI NO Qué tipo? _____ Fecha _____

A tenido una herida en un ojo? SI NO Qué tipo? _____ Fecha _____

Tiene glaucoma? _____ Cataratas? SI NO Ojos resacas SI NO visión borrosa SI NO

Otros problemas en el ojo? SI NO Qué tipo? _____

Usted usa lentes? SI NO Lentes de contacto? SI NO Qué tipo? _____

Información adicional _____

A quien le damos las gracias por referirnos a usted? _____

Iniciales del Doctor _____

AGUIRADO Y LIBERACION

Por lo presente, autorizo al médico a liberar cual quier información requerida para procesar este reclamo. También autorizo mis beneficios de seguro le paguen directamente al médico, y Yo entiendo que soy responsable por servicios no pagados y no cubiertos por el seguro.