

REGISTRACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

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

Número de trabajo: (____) _____ EMAIL: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Hombre / Mujer

Número de seguro social: _____

Situación Laboral: tiempo completo / mitad / 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: Oftalmólogo / Optometrista / doctor de cabecera

Domicilio: _____

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

Fax: (____) _____

Doctor Familiar: _____ Teléfono: (____) _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Telephone: (____) _____

Fax: (____) _____

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

*Si la tarjeta de su aseguranza 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 es relacionado con su trabajo, por favor indicar:

La fecha del accidente: _____

Información de compensación al trabajador: _____ Teléfono: _____

BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MEDICA

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

Yo autoriso pago de Medicare o otra aseguranza disponible para servicios de medicos o cirugía a California Retina Consultants.

Yo autoriso el compartimiento de cualquier información medica demandada por mi compañía de aseguranza acerca de mi enfermedad, cirugía, o lesion.

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 previa, yo me hago 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: _____

Questionario de Historia Medica

Nombre: _____ Fecha: _____

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

Doctor que refirio: _____ Doctor de Cabecera: _____

Qual es la razon de su visita? _____

Favor de hacer lista de medicamentos que esta usando actualmente (medicamentos con o sin receta): _____

Tiene alergias a algun medicamento? SI ____ NO ____ Si marco si, favor de nombrar los medicamentos: _____

Alguna vez ha usado estas drogas: Mellaril (Thioridazine), Chloroquine, Plaquenil, o Tamoxifen
SI ____ NO ____

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

Favor de incluir cirugias que usted ha tenido (cataratas, anginas, apendice, etc.): _____

Actualmente, padece usted cualquiera de estor problemas? Favor de detallar sus sintomas:

OJOS	DERECHO	IZQUIERDO	NO	EXPLICACION DEL PROBLEMA
Perdida de vision				
Vision distorsionada				
Vision peripheral (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 o perdido de peso			
OIDOS, NARIZ, GARGANTA			
Senusitis o infeccion del oido o tos cronica o boca reseca			
CARDIOVASCULAR			
Ataque de corazon o alta presion			
RESPIRATORIO			
Asma o Enfisema			
GASTROINTESTINAL			
Ulceras estomacales o Hepatitis			
GENITAL / RINON			
Piedras en los rinones o Dialisis			
MUSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES			
Artritis o Polymyalgia reumatico			
PIEL			
Acne, Verrugas, Viteligo			
NEUROLOGICO			
Embolia o Esclerosis multiple			
ENDOCRINO			
Tiroideo o Diabetes (Cuanto tiempo?)			
SANGRE / LINFA			
Colesterol o anemia o usando diluyentes de sangre			
ENFERMEADES INFECCIONES			
Sifilis o tuberculosis, VH			
ALERGIA / INMUNOLOGICA			
Lupus o 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 Marital (Casado(a), divorciado(a), soltero(a), viudo(a): _____

Situacion habitual: _____

Maneja? SI _____ NO _____

Tiene dificultades visuales cuando maneja? SI _____ NO _____

Toma? SI _____ NO _____ Si: ocasional / 1 vez al dia / 2-3/dia 4+/dia

Fuma? SI _____ NO _____ Si: ocasional / 1 vez al dia / 2-3/dia 4+/dia

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

Historial revisado: No Cambios _____ Adiciones anotadas arriba _____

Firma del Doctor: _____

Fecha: _____