

Fecha de Hoy _____

Información del Paciente

Apellido _____
Nombre _____
Inicial del Segundo Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____
Código Postal _____
Teléfono de la Casa _____
Teléfono del Trabajo _____
Seguro Social del Paciente _____
Empleador (o Escuela) _____
Ocupación (o Curso/Grado) _____
Esposo/a (o Madre/Padre) _____
Esposo (o Trabajo del Padre) _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Sexo: M F
Dirección de Correo Electrónico _____

¿Cual es el propósito principal de su visita?

¿Tiene algún problema con sus actuales lentes de contacto o anteojos?

MUY IMPORTANTE, SOLO PARA NUEVOS PACIENTES:

¿A quien debemos agradecerle por haberle recomendado nuestra oficina?

Nombre del amigo o pariente _____

Si nadie le recomendó nuestra oficina, ¿Cómo nos escogió?

- Otro Medico
- Lista de Proveedores del Seguro Medico
- Vio el Cartel / Edificio
- Periódico/Radio/TV
- Paginas Amarillas: ¿Cual Directorio? _____
- Internet: ¿Que Sitio de la Web? _____
- Otro _____

La misión de nuestro Centro de Salud Ocular "Envision Eyecare Center" es contribuir a la Salud de la Visión a lo largo de toda su vida, y proveerle al paciente de la más alta calidad de cuidado de la visión, y consecuentemente de la calidad de su vida. Estamos actualizándonos constantemente con los últimos avances de la medicina ocular para ofrecerle la más reciente tecnología del cuidado de los ojos, servicios profesionales y productos, y mantenernos adelante en nuestra profesión. Las necesidades visuales y de bienestar de cada uno de nuestros pacientes será siempre nuestra prioridad. Nuestra misión se comunica en cada trabajo que hacemos.

Información del Seguro Medico

Favor de notar que su Seguro Medico NO cubre el costo de la Evaluación de Seguimiento para los Lentes de Contacto.

Seguro Visual _____
Nombre del Asegurado _____
Seguro Social del Asegurado _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

Seguro Medico Principal _____
Nombre del Asegurado _____
Seguro Social del Asegurado _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

¿Participa UD en una Cuenta de Gastos Médicos Flexible?

- Si No

¿Cómo va a pagar su cita medica hoy?

- Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito

Preguntas sobre su Estilo de Vida

(Marque la caja con una "X" si la respuesta es "SI")

¿UD...

- ...trabaja con una computadora? Si la respuesta es SI, por favor complete el cuestionario sobre computadoras.
- ...piensa que se podría beneficiar con el uso de lentes más finos y delgados?
- ...esta interesado en "probar" el ultimo de los diseños de lentes de contacto?
- ...pasa tiempo al aire libre? Cuanto tiempo? _____Hrs/semana
- ...usa anteojos para nadar con prescripción medica?
- ...prefiere no usar sus lentes a veces?
- ...desea información sobre la Cirugía a Láser para corregir la visión?
- ...esta interesado en un procedimiento no-quirúrgico para corregir su visión?
- ...tiene mas de un par de lentes con su actual prescripción medica?
- ... tiene hijos?
- ... tiene familiares que necesitan que necesitan cuidado de la visión?

¿Alguna vez UD ha sido diagnosticado o tratado por alguna de estas experiencias o enfermedades?

- Visión Borrosa
- Cataratas
- Ojos cruzados/Ojo virado
- Infección en los Ojos
- Destellos de Luz
- Glaucoma
- Dolores de Cabeza
- Picazón
- Degeneración Macular
- Desprendimiento de la Retina
- Lagrimeo
- Lentes Incómodos
- Otra Enfermedad Ocular _____
- Sensación de Quemadura
- Abrasión de la Cornea
- Visión Doble
- Heridas en los Ojos
- Manchas/Líneas Flotantes
- Basura en los Ojos
- Iritis/Uvitis
- Ojo Vago
- Resequedad Ocasional
- Sensibilidad a la Luz
- Problemas para ver en la noche

La información en esta Forma de Historia Clínica Confidencial es crítica para la evaluación de su Visión y su Salud.

Historia Medica del Paciente		
Nombre de su Medico Personal _____		
Ciudad _____		
Fecha de la última visita medica _____		
MEDICACIONES QUE USA ACTUALMENTE (Con o sin prescripción)		
(Escriba el nombre de todas las medicinas incluyendo gotas para los ojos, vitaminas, y píldoras anticonceptivas)		

¿Alergias a alguna medicina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿A que medicinas tiene alergia? _____		

¿Ha tenido alguna Operación Quirúrgica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Usa cigarrillos/tabaco, alcohol, o alguna otra sustancia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿A UD alguna vez se le ha diagnosticado o se le ha tratado algunas de estas enfermedades?		
	Si	No
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado/Linfomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Digestivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oídos/Nariz/Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glándulas Endocrinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczema/Picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genito-urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Sanguínea Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integumentario (Piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Músculos/Huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones de la Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento/Perdida inusual de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia Ocular del Paciente	
Fecha del Ultimo Examen Visual _____	
¿Quién realizo el Examen? _____	
¿Alguna vez a intentado usar lentes de contactos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Usa actualmente lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Qué tipo? _____	
¿Qué soluciones usa? _____	
¿Se siente satisfecho/a con su visión y la comodidad del uso de sus lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Preferiría UD lentes de contacto transparentes o de colores? <input type="checkbox"/> Transparente <input type="checkbox"/> De Colores	
Si UD usa lentes bifocales, ¿Le molestan las líneas o le molesta tener que mover la cabeza para ajustar la visión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Historia Medica/ Ocular de su Familia (Marque todas las que se aplican))	
¿Hay alguna historia médica familiar de alguna de las enfermedades que se indican a continuación?:	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Por Favor marque las cajas)	
	Relación Familiar (del lado de la Madre o Padre)
Ceguera	<input type="checkbox"/> _____
Cataratas	<input type="checkbox"/> _____
Problemas en la Cornea	<input type="checkbox"/> _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> _____
Glaucoma	<input type="checkbox"/> _____
Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/> _____
Ojo Vago	<input type="checkbox"/> _____
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/> _____
Problemas Retinales	<input type="checkbox"/> _____

