

## 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
<b>GENERAL / CONSTITUCIONAL</b>			
Calentura o perdido de peso			
<b>OIDOS, NARIZ, GARGANTA</b>			
Senusitis o infeccion del oido o tos cronica o boca reseca			
<b>CARDIOVASCULAR</b>			
Ataque de corazon o alta presion			
<b>RESPIRATORIO</b>			
Asma o Enfisema			
<b>GASTROINTESTINAL</b>			
Ulceras estomacales o Hepatitis			
<b>GENITAL / RINON</b>			
Piedras en los rinones o Dialisis			
<b>MUSCULOS, HUESOS, ARTICULACIONES</b>			
Artritis o Polymyalgia reumatico			
<b>PIEL</b>			
Acne, Verrugas, Viteligo			
<b>NEUROLOGICO</b>			
Embolia o Esclerosis multiple			
<b>ENDOCRINO</b>			
Tiroideo o Diabetes (Cuanto tiempo?)			
<b>SANGRE / LINFA</b>			
Colesterol o anemia o usando diluyentes de sangre			
<b>ENFERMEADES INFECCIONES</b>			
Sifilis o tuberculosis, VH			
<b>ALERGIA / INMUNOLOGICA</b>			
Lupus o Sjogrens			
<b>CANCER</b>			

### 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: \_\_\_\_\_