



INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA MENORES

HISTORIA DEL PACIENTE	
Propósito de la visita de hoy: <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Ojos secos <input type="checkbox"/> Dolor de ojo <input type="checkbox"/> Otro/Otra: _____	
¿Usas lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Interesado en comenzar	
Historia social – ¿El paciente?	
Sí No	Sí No
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fumar _____ paquetes/día Años fumando _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bebe alcohol _____ bebidas /día
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ex fumador?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uso/abuso de drogas: _____
Lista todas las enfermedades o lesiones oculares:	Lista las cirugías oculares anteriores:
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Flotadoras negras <input type="checkbox"/> Retinopatía diabética <input type="checkbox"/> Ojos secos <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina <input type="checkbox"/> Ojo vago <input type="checkbox"/> Degeneración macular <input type="checkbox"/> Ojo bizco <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Objeto en el ojo <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Infección ocular <input type="checkbox"/> Lagrimeo <input type="checkbox"/> Otro/Otra: _____	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Iridotomía periférica con láser (LPI) <input type="checkbox"/> LASIK <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas <input type="checkbox"/> Queratectomía fotorrefractiva (PRK) <input type="checkbox"/> Queratotomía radial (RK) <input type="checkbox"/> Blefaroplastia <input type="checkbox"/> Reparación de desprendimiento de retina <input type="checkbox"/> Inyecciones intravítreas <input type="checkbox"/> Otro/Otra: _____
Lista las enfermedades o lesiones importantes:	Lista las cirugías pasadas que el paciente ha tenido:
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Las enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo _____ <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Otro/Otra: _____	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Apendectomía <input type="checkbox"/> Amigdalectomía <input type="checkbox"/> Colectomía <input type="checkbox"/> Mastectomía <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera <input type="checkbox"/> Prostatectomía <input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Otro/Otra: _____
Diabetes	
¿Alguna vez te han diagnosticado Diabetes? <input type="checkbox"/> No (si no, pase a la siguiente sección) <input type="checkbox"/> Sí, Tipo I <input type="checkbox"/> Sí, Tipo II	
Año diagnosticado: _____	
último a1c (porcentaje): _____ Fecha medida: _____	
Lista las gotas para los ojos actuales: <input type="checkbox"/> Nada	
Lista los medicamentos que toma actualmente el paciente. : <input type="checkbox"/> Nada	
Lista de alergias a medicamentos: <input type="checkbox"/> Nada	

Por favor complete el otro lado

HOY ¿el paciente experimenta actualmente algún problema en las siguientes áreas?

<p>General/ Todo el cuerpo Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre</p> <p>Oreja, nariz, y garganta Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Boca seca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión de sinusales</p> <p>Cardiovascular Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho</p> <p>Respiratorio Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos</p> <p>Genitourinario Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Micción excesiva</p>	<p>Musculoesquelético Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones</p> <p>Gastrointestinal Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p>La piel Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sarpullidos</p> <p>Neurológico Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Entumecimiento</p> <p>Psiquiátrico Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedad</p>	<p>Endocrino Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor/frío <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sed excesiva</p> <p>Sangre/ Linfa Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Moretones fácilmente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangra fácilmente</p> <p>Alérgico / Inmunológico Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias estacionales</p> <p>Otro/Otra Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amamantando</p>
Otros problemas de salud: _____ _____		

HISTORIA FAMILIAR

Por favor marque la casilla del familiar que haya tenido alguna de las siguientes condiciones médicas:

Relación con el paciente: M = Madre P = Padre H = Hermano/a A = Abuelo/a

	M	P	H	A		M	P	H	A
Glaucoma					Diabetes				
Desprendimiento de retina					Presión arterial alta				
Cataratas					Colesterol alto				
Ojo cruzado u ojo vago					Tiroides				
Degeneración macular					Cardiovascular				
Ceguera					Cáncer				
Otro: _____					Otro: _____				

Firmas para el paciente

Asignación de Beneficios: Autorizo a White Salmon Eyecare a proporcionar a mi compañía de seguros información sobre mi atención y los servicios prestados, asignarles todos los beneficios, y recibir el pago directo de las prestaciones del seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que el seguro los pague o no, y que la política de White Salmon Eyecare es recibir el pago en el momento del servicio.

HIPAA Privacy Notice: En el curso de la prestación de servicios a usted, creamos, recibimos y almacenamos información de atención médica protegida que lo identifica. A menudo es necesario usar y divulgar esta información de atención médica para los fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica que involucran a nuestra oficina. El Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentra en la recepción y describe estas políticas en detalle. Al firmar a continuación, reconozco que se me dio la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Autorización para brindar atención: Por la presente autorizo a White Salmon Eyecare a brindar servicios de atención médica y de rutina a mi hijo. Si no estaré presente durante el examen, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba atención médica y de rutina, incluida la dilatación, sin la presencia de un padre o guardián legal. Entiendo que sigo siendo financieramente responsable de todos los gastos médicos incurridos durante estas citas.

Nombre impreso de la firmante: _____ Relación con el paciente: _____

La firma: _____ La fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____