



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

HISTORIA DEL PACIENTE

Propósito de la visita de hoy: Visión borrosa Visión doble Ojos secos Dolor de ojo
 Otro/Otra: _____

¿Usas lentes de contacto? Sí No Interesado en comenzar

Historia social – ¿Y tú?

Sí	No		Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumar _____ paquetes/día	Años fumando _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ex fumador?		<input type="checkbox"/>
				Bebe alcohol _____ bebidas /día
				Uso/abuso de drogas: _____

Lista todas las enfermedades o lesiones oculares:

<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:	

Lista las cirugías oculares anteriores:

<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 impotantes:

<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:	

Lista las cirugías pasadas que ha tenido:

<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? No (si no, pase a la siguiente sección) Sí, Tipo I Sí, Tipo II

Año diagnosticado: _____

último a1c (porcentaje): _____ Fecha medida: _____

Lista las gotas para los ojos actuales: Nada

Listalos medicamentos que toma actualmente: Nada

Lista de alergias a medicamentos: Nada

Por favor complete el otro lado

HOY, está experimentando actualmente algún problema en las áreas siguientes?

<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:

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: _____				

Firma del 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.

Nombre impreso: _____

La firma: _____

La fecha: _____