

Paciente Cuestionario De La Historia

Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: ____/____/_____

Doctor En Medicina: _____

Ultimo Exam Ocular: _____

Historia Ocular

Usted usa espejuelos? Si No Si es asi, cuanto tiemp tienen? _____

Usted usa lentes de contactos? Si No Si es asi, qué tipo? Rígido Blando Multifocal

Used duerme en los contactos? Si No Con qué frecuencia los reemplaza? _____

Alguna vez has tenido alguna cirugía de los ojos? Si No Si es asi, cuándo y para qué? _____

Usted utiliza gotas para los ojos? Si No Si es asi, qué tipo y con qué frecuencia? _____

Está usted experimenta alguno de los siguientes problemas con los ojos? **Marque la casilla si Sí**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Visión Borrosa | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento | <input type="checkbox"/> Parpadea/ Flotadores En La visión |
| <input type="checkbox"/> Perdida De La Visión | <input type="checkbox"/> Reflejo/Sensibilidad A La Luz | <input type="checkbox"/> El Exceso De Lagrimeo |
| <input type="checkbox"/> Perdida De Visión Lateral | <input type="checkbox"/> Sequedad | <input type="checkbox"/> Dolor En Los Ojos |
| <input type="checkbox"/> Sensacion De Arena | <input type="checkbox"/> Secreción Mucosa | <input type="checkbox"/> Visión Doble |
| <input type="checkbox"/> Ardor | <input type="checkbox"/> Picor | <input type="checkbox"/> Orzuelos o Chalazion |

Ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes problemas?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Desprendimiento De Retina |
| <input type="checkbox"/> Ojos Bizcos | <input type="checkbox"/> Ojos Perezosos | <input type="checkbox"/> Ojos secos |
| <input type="checkbox"/> Lesión en el ojo | <input type="checkbox"/> Degeneración macular | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Historial Medico

Lista de medicamentos (incluyendo los anticonceptivos orales, aspirina, medicamentos de venta libre, y
remedias caseros) _____

Tiene alguna alergia a medicamentos? Si No Si es asi, explica: _____

Lista todas las lesiones, cirugías y / o hospitalizaciones que ha tenido _____

Revisión De Los Sistemas Marque la casilla al lado de cualquier problema que tenga o haya tenido en el pasado:

Alérgica / Inmunológicas Todo normal

Alergia

Cardiovascular / Cardiaca Todo normal

Enfermedad del corazón

Hipertensión

Colesterol Alto

Constitucional Todo normal

Fiebre

Pérdida de peso / ganancia

Oídos, Nariz, Garganta Todo normal

La congestión sinusal

La boca seca / Garganta

Endocrino Todo normal

Diabetes

Enfermedad de la tiroides

Gastrointestinal Todo normal

Colitis

IBS/ Enfermedad de Crohn

Ulceras

Genitourinario Todo normal

Enfermedad renal

Ovario / cáncer uterino

Cáncer de próstata

Hematológico / Linfático Todo normal

Anemia

Sangrado Problemas

Cáncer de mama/pecho

Piel Todo normal

Cáncer

Erupciones

Moretones de Fácil Aparición

Musculatura Todo normal

Artritis reumatoide

Dolor muscular

Dolor en las articulaciones

Neurológico Todo normal

Migrañas / dolores de cabeza

Convulsiones

Carrera

Psiquiátrico Todo normal

Ansiedad

Depresión

Pérdida de la memoria

Respiratorio Todo normal

Asma

Bronquitis / Enfisema

Si marcó cualquiera de las casillas anteriores o tiene una condición sin la lista, por favor explique más: _____

Está embarazada y / o amamantando? Si No

Usted utiliza productos de tabaco? Si No En caso afirmativo, tipo/cantidad/tiempo _____

Usted bebe alcohol? Si No En caso afirmativo, tipo/cantidad/tiempo _____

Usted utilice drogas ilegales? Si No En caso afirmativo, tipo/cantidad/tiempo _____

Alguna vez ha sido expuesto o infectado con: Gonorrhea Hepatitis Syphilis HIV

Historia Familiar Por favor, no los antecedentes familiares (padres, abuelos, vivos o fallecidos) para las siguientes condiciones:

Relación con usted

Relación con usted

- | | | | |
|--|-------|---------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina | _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer | _____ |
| <input type="checkbox"/> Degeneración macular | _____ | <input type="checkbox"/> Ceguera | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión | _____ |

Responsabilidad Financier Del Paciente

Seguro Medico: Nosotros tenemos contratos con muchas compañías de seguro, y si nosotros aceptamos su seguiro, podemos someter de su parte. De todos modos, como responsable, usted es completamente responsable si su compañía de seguro se niega a pagar por alguna razón. Al firmar abajo, significa que usted acepta esta responsabilidad y si pagara cualquier balance que el seguro no le va a cubrir, dentro de 30 dias de notification.

Firma De Paciente O Padre Custodio: _____

Reconocimiento De Recibo

Yo reconosco que me han ofrecido una copia de El Acto De Privacidad De El Allentown Vision Center.

Me dice como La Oficina De AVC va usar mi informacion de salud para los propósitos de mi tratamiento, pagares para mi tratamiento, y la dirección de cuido de la salud Del AVC.

El AVC tambien va usar y compartir mi informacion de salud segun sea necesario/permitido por la ley.

Firma De Paciente O Padre Custodio: _____