

Registración e Historial Médico del Paciente

Fecha: _____

Sr. Sra. Srta. Femenino
Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Masculino
Nombre de los Padres (Si el paciente es menor de edad): _____ Si es estudiante, qué grado: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono Principal: _____ Tipo Celular Casa Teléfono de Trabajo: _____
Número de teléfono de emergencia: _____ Correo electrónico: _____
Ocupación: _____ ¿Ha tenido un examen de los ojos en esta oficina anteriormente? Sí No
¿Cuál es la razón para buscar cuidado de la visión en este momento? _____

Relación del paciente al asegurado: Si Mismo Cónyuge Dependiente Fecha de Nacimiento del asegurado: _____
Nombre del asegurado: _____ Empleador del asegurado: _____
Identificación de asegurado: _____ Nombre del Plan de Seguro: _____ Número de auth: _____
 Por favor, marque esta casilla si no ha habido cambios en su historial médico y ocular desde su última visita en esta oficina.
Considera su salud: Buena Mas o menos Mal

Problemas con los ojos

(Marque cada uno que ha tenido)
 Ninguno, examen de rutina Comezón de ojos
 Visión borrosa de distancia Sensibilidad a luz
 Visión borrosa de cerca Ojos rojos
 Ardor en los ojos Relámpagos de luz
 Dificultad con actividades como leyendo, costura, etc. Manchas visuales
 Pérdida temporal de visión
 Doble visión Visión variable
 Ojos secos Ojos llorosos
 Ojos cansados Otro
 Dolor de cabeza

Historial Médico del Paciente

(Marque cada uno que ha tenido)
 Ninguno Fiebre de heno
 Alergia Condición del corazón
 Asma Alta presión
 Desmayos Ojos dormidos/débil
 Ceguera Dolor de cabeza/migrañas
 Cáncer Degeneración macular
 Cataratas Problemas detectando colores
 Colesterol alto Condición de la piel
 Diabetes Condición de la tiroides
 Glaucoma Tuberculosis
 Sensibilidad a Medicamentos Ojo volteado
 Otro

Historial Médico de la Familia

(Marque cada uno que alguien en su familia ha tenido)
 Ninguno Fiebre de heno
 Alergia Condición del corazón
 Asma Alta presión
 Desmayos Ojos dormidos/débil
 Ceguera Dolor de cabeza/migrañas
 Cáncer Degeneración macular
 Cataratas Problemas detectando colores
 Colesterol alto Condición de la piel
 Diabetes Condición de la tiroides
 Glaucoma Tuberculosis
 Sensibilidad a Medicamentos Ojo volteado
 Otro

¿Cuándo fue su último examen de los ojos? _____ ¿Cuál es el nombre de su oculista anterior? _____
¿Ha sufrido de una enfermedad de la visión, lesión de los ojos, o cirugía de los ojos? Sí No
Si anota sí, por favor explique: _____
¿Usa lentes de contacto? Sí No
Si anota sí, ¿de qué tipo? Duro Blando Desechables
¿Cuándo fue su última visita con el médico? _____ ¿Cuál es el nombre de su médico? _____
Para mujeres: ¿Está embarazada? Sí No ¿Está dando pecho? Sí No
¿Usted fuma, bebe alcohol, o usa drogas recreativas? Sí No
Si anota sí, por favor explique: _____
¿Está tomando medicinas o medicamentos actualmente? Sí No
Si anota sí, ¿cuáles son? _____
¿Tiene alergias a algún medicamento? Sí No
Si anota sí, ¿cuáles son? _____

Firma: _____ Fecha: _____

Encuesta Voluntaria de Idioma

- ¿Cuál es su idioma hablado preferido?
 Inglés Español Chino Coreano Tagalo Vietnamita Otro _____
- ¿Cuál es su idioma preferido para la comunicación escrita?
 Inglés Español Chino Coreano Tagalo Vietnamita Otro _____
- ¿Cuál es su raza?
 Blanco Indio Americano Isleño del Pacifico Africano/Norteamericano Africano Otro _____
- ¿Cuál es su origen étnico? Hispano u Origen Latino No Hispano u Origen Latino
 No deseo tomar parte en esta encuesta.

