

Cuestionario de Historia Médica

Apellido: _____ Primero: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Telé. de casa: _____ Celular: _____ E-mail: _____
Lugar de trabajo: _____ Telé. de trabajo: _____
Seguro de visión: _____ SSN o ID #: _____
Seguro médico: HMO PPO _____ ID # _____
¿Cómo fue referido usted a nuestra oficina? el seguro el médico otro paciente el Internet
directorio otro explique por favor: _____

Información médica

¿Cómo es su salud general? excelente bueno justo pobre
¿Tiene usted algún problema con cualquiera de estos sistemas?
Gastrointestinal si no nervios si no mental si no
orejas/nariz/garganta si no urinario si no endocrino (glándulas) si no
cardiovascular si no músculos/huesos si no sangre/línea si no
respiratorio si no Integumentary (piel) si no alérgico/inmunológico si no
Si a cualquiera, explica por favor: _____

Conteste todo que aplica por favor:

¿Diabetes? si no Tipo: _____ fecha de diagnóstico: _____
¿Alergias a la medicina? si no Cuál: _____ reacción: _____
¿Dolores de cabeza? si no Con qué frecuencia: _____ Qué area: _____
¿Presión alta? si no ¿Fecha último verificado?: _____
¿Otros problemas de la salud? _____
¿Cuáles medicinas está tomando?: _____
¿Ha tenido usted alguna operación? si no Tipo: _____ Cuándo: _____
¿Usa usted cigarrillos o tabaco? si no ¿Alcohol? si no ¿Otras sustancias? _____
¿Está usted embarazada? si no ¿Está usted amamantando? si no
¿Nombre del doctor primario o de la familia?: _____ fecha de última visita: _____

Historia familiar- ¿Tiene su familia cualquiera de estas condiciones?

Presión alta si no relación: _____ Diabetes si no relación: _____
Degeneración macular si no relación: _____ Glaucoma si no relación: _____
Desprendimiento de retina si no relación: _____ Cataratas si no relación: _____
Otras condiciones de los ojos si no Tipo: _____ relación: _____

Información personal de los Ojos

¿Ha tenido usted alguna operación de los ojos? si no Tipo: _____ fecha: _____
¿Ha tenido usted alguna herida en los ojos? si no Tipo: _____ fecha: _____
¿Tiene usted glaucoma? si no ¿Cataratas? si no ¿ojos secos? si no ¿Visión borrosa? si no
¿Degeneración macular? si no ¿Desprendimiento de retina? si no
¿Otras condiciones de los ojos? si no ¿Qué tipo? _____
¿Está usted visitando algún oftalmólogo? si no quién _____ fecha: _____
¿Usa usted anteojos? si no Lentes de contactos si no ¿Interesado en lentes de contactos? si no
¿Ha tenido usted cirugía con láser? si no ¿Está usted interesado en la cirugía con láser? si no

Yo, con el presente asigno todos los beneficios médicos incluyendo los mayores, los cuales me pertenecen, estos incluyen: Medicare, Aseguración Privada y cualquier otro plan de salud al *Stamper Optometry Inc.* Una fotocopia de este documento es considerado válido como un original. Con el presente autorizo el derecho a dar toda información necesaria para asegurar el pago. Yo entiendo que soy responsable por todos los gastos aunque mi Compañía Aseguradora reconozca o niegue los pagos de mis facturas.

Firma de paciente: _____ fecha: _____ Iniciales de doctor: _____

Firma de paciente: _____ fecha: _____ Iniciales de doctor: _____

Firma de paciente: _____ fecha: _____ Iniciales de doctor: _____