

HISTORIAL MEDICO CUESTIONARIO

Nombre: _____ Fecha: _____
 Ocupación: _____ Dirección: _____
 # de Seguro Social: _____
 Email _____ # de Telefono: Casa _____ Celular _____
 Trabajo _____

Principal Razón de Visita: _____

*** Nota: Si usted no tiene una queja médica, incluidos los flashes, flotadores, la pérdida de la visión, dolor, sensibilidad a la luz, presión, etc, esto no será un examen médico y su seguro de Medicare no cubre este examen.**

Fecha de Nacimiento: _____ Male _____ Female _____ Fecha del ultimo examen de la vista: _____
Lista de medicamentos que actualmente toma (RX and over-the-counter) _____
¿Tiene alergia a algún medicamento? SI _____ NO _____
Si la respuesta es afirmativa, la lista de medicamentos: _____
Lista de todas las enfermedades principales (glaucoma, diabetes, hipertensión arterial, infarto de miocardio, etc) o lesiones (glaucoma, diabetes, high blood pressure, heart attack, etc.) or injurias (concussion, etc.): _____
Lista cualquier cirugías que ha tenido (catarata, apendicectomía): _____

¿Tiene actualmente algún problema en las siguientes áreas? En caso afirmativo.

	SI	NO		SI	NO
OJOS (mala visión, dolor ocular, lagrimeo, enrojecimiento, etc)			MUJERES ¿Está embarazada? la lactancia materna?		
PSIQUIÁTRICA (ansiedad, depresión, insomnio)			CARDIOVASCULAR (BP alto, carreras de pulso, etc)		
ENDOCRINOS (diabetes, hipotiroidismo, etc)			PIEL (granos, verrugas, crecimientos, erupciones, etc)		
MUSCULOS, LOS HUESOS, ARTICULACIONES (dolor en las articulaciones, rigidez, hinchazón, calambres, artritis, etc)			SANGRE/LINFATICOS (sangrado, la colesterolemia, anemia, problemas relacionados con la transfusión de sangre, etc)		
GASTROINTESTINALES (malestar estomacal, diarrea, estreñimiento, hernia, úlceras, etc)			ALERGICAS/INMUNOLOGICAS (estornudos, inflamación, enrojecimiento, picazón, urticaria, lupus, etc)		
RESPIRATORIO (congestión, sibilancias, falta de aire, etc)			GENITALES, RINON, VEJIGA (dolor al orinar, orinar frecuentemente, impotencia, amarillo ictericia, etc)		
NEUROLÓGICAS (entumecimiento, dolor de cabeza, convulsiones, parálisis, etc)			OREJAS, NARIZ, GARGANTA (duros de oído, nariz congestionada, otalgia, tos, sequedad de boca, etc)		

HISTORIA FAMILIAR

(Madre, Padre, Abuelos, Hermanos)

Ha cualquier miembro de su familia ha tenido estas enfermedades (marque todas las que apliquen)? (circle all that apply) SI _____ NO _____ DESCONOCIDO _____
Ensayo sobre la ceguera, cataratas, glaucoma, diabetes, hipertensión, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer, enfermedad tiroidea, arthritis
Otras enfermedades hereditarias: _____

HISTORIA SOCIAL

¿Su visión limita las actividades de la vida diaria (conducir, leer, deportes, trabajo, etc)? SI _____ NO _____
¿Usted ha tenido alguna vez una transfusión de sangre?..... SI _____ NO _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto? _____
¿Usted bebe alcohol? SI _____ NO _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto? _____
¿Fuma?..... SI _____ NO _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto? _____ How many years? _____

La Junta de Optometría de la Florida ha establecido que un examen ocular completo para un nuevos pacientes incluye un examen del fondo de ojo dilatado. Este procedimiento consiste en colocar una o más gotas en cada ojo para dilatar las pupilas. El médico entonces estudiara las estructuras internas de los ojos para asegurar una salud adecuada.

Las gotas hacen que los ojos sean sensible a la luz y la visión será borrosa, especialmente con el trabajo de cerca, durante 4-6 horas. En algunas personas, los efectos de la dilatación duran más tiempo. Conducir un vehiculo de motor puede ser difícil y debe hacerse con extrema precaución.

He leído la declaración anterior y:

_____ Acepto que mis ojos sean dilatados hoy.
 _____ No estoy de acuerdo que mis ojos dilatados

LEY DE PRIVAVIDAD HIPPA (Reconocimiento de Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad)

Al firmar este documento afirmo que he recibo el Aviso de Prácticas de Privacidad (la "Notificación") o HIPPA; Reconozco y acepto que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad para mi revisión y para mantener en mis registros para la fecha indicada a continuación. Entiendo que la ubicación puede utilizar y divulgar mi información salud personal necesaria (por ejemplo: mi nombre, dirección, número de identificación del seguro/plan medico, información del examen de la vista o de los productos provehidos) a una tercera identidad para permitir la ubicación de cumplir sus funciones administrativas, para proporcionarme servicios de atención oftálmica y productos, procesamiento de reclamos de beneficios de visión y comunicarme conmigo respecto a los servicios de vision prestados por la ubicación (por ejemplo: envíos de recordatorios de examen o información sobre los servicios y productos ofrecidos por la ubicación. Puede estar seguro de que esta ubicación no va vender su informacion de salud personal de ningún tipo, a terceros para el uso propio de dicha identidad. Yo autorizo a la ubicación a presentar mi reclamo de beneficios de la vista a mi patrocinador del plan o plan de salud para recibir el reembolso directamente de los servicios y productos de la visión que he recibido de la localización.

Firma del paciente o representante legal del paciente _____ Fecha: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____