

CLIFTON EYE CARE

Formulario de Registro de Pacientes

Informacion del Paciente

(En letra de Imprenta)

Dr. Señorita Sr. Sra. Señor

Nombre del Paciente (Apellido) _____ (Primer) _____ (MN) _____ Nombre Anterior _____

Direccion _____ Ciudad, Estado _____ ZIP _____

Casa (____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____ Ext. _____

Proveedor de Atencion Primaria _____ Proveedor de Referencia _____

Correo Electronico: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo F-Femenino M-Masculino Transgenero

Raza Indian EE.UU. o Alaska Asiatico Nativo de Hawai o de otra isla del Pacifico Negro o Afroamericano Blanco Negarse

Raza Hispano o Latino No Hispano o Latino Negarse

Idioma Ingles Español Indio Japones Chino Coreano Frances Aleman Ruso Otro _____

Estado Civil Casado Soltero Divorciado Viudo Legalmente Separado Pareja

Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____ Nombre del Empleador _____

Situacion Laboral 1-Tiempo Completo 2-Tiempo Parcial 3-No Empleado 4-Empleado Por Cuenta Propia 5-Jubilado 6-Militar Activo

Estudiante 1-Tiempo Completo 2-Tiempo Parcial N-No Estudiante

Contacto de Emergencia: Apellido _____ Primer Nombre _____

Telefono (____) _____

Relacion de Contacto de Emergencia con el Paciente _____ Guardian

Direccion _____ Ciudad, Estado _____ ZIP _____

Casa (____) _____ Trabajo (____) _____ Ext. _____

INFORMACION DEL RESPONSABLE

(informacion utilizado par alas declaraciones del paciente)

Responsable Otro Paciente Garante Usted

Marque aqui si la informacion es la misma que el paciente

Nombre de Responsable (Apellido) _____ (Primer) _____ (MN) _____

Numero de Cuenta de Garante _____ Fecha de Nacimiento M_____/D_____/A_____

Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____ Telefono _____

Correo Electronico _____ Sexo F-Femenino M-Masculino

Direccion _____ Ciudad, Estado _____ ZIP _____

Empleador _____ Telefono de Empleador(____) _____

INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO

(propociona su tarjeta de seguro con la recepcion)

Compania de Seguro _____ Telefono (____) _____

Nombre del Asegurado _____ Relacion del paciente con el Asegurado _____

ID del Suscriptor (Numero de la Poliza) _____ ID de grupo _____ Monto del Copago _____

Fecha de Vigencia _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor M_____/D_____/A_____

Estoy de acuerdo en que la informacion proporcionada en este formulation es correcta y esta actualizada con lo mejor de mi conocimiento

Firma de Paciente (o persona responsable) _____ Fecha _____

Chart# _____

HISTORIA MEDICA GENERAL Y DE LOS OJOS

Pagina# _____

NOMBRE: _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Edad _____
Month Day Year

HISTORIA PRESENTE DE LOS OJOS: Principal motive de la consulta? _____

Hace cuanto con este problema? _____ Es Cronico? SI NO Progresivo? SI NO

Marque con una X si usted tiene alguna de estas **molestias en sus ojos**:

Manchas Negras ___ Rayos Luminosos ___ Sombras ___ Perdida de Vision ___ Vision borrosa ___ Distorsion en la vision (halos) ___ Perdida de vision a los lados ___ Vision doble ___ Dolor de Cabeza ___ Vision Fluctuante ___ Sequedad ___ Secreciones ___ Enrojecimiento ___ Picazon ___ Sensacion de ojos arenosos ___ Sinusitis ___ Quemazon ___ Sensacion de cuerpo extraño ___ Llorazon ___ Cansancio ___ Sensible a la luz ___ Dolor ___ Orzuelos/Quistes ___

Si marco X explique (Duracion, Como, Cuando etc) _____

HISTORIA PASADA DE LOS OJOS: Fecha ultimo Examen? _____ Donde O Doctor? _____

Usa anteojos? _____ Si los usa, hace cuanto los cambio? _____ Le gustaria usar lentes de contactos? _____

Usa lentes de contacto? _____ Si los usa, hace cuanto los cambio? _____ Uso Diario? ___ Uso Extendido? ___ De Color? ___

Enfermedades previas de los ojos? _____ Cual? _____ Catarata? ___ Glaucoma? ___ Infecciones? ___ Alergias? ___

Cirujias en los ojos? _____ Si puso Si, cual cirujia, cuando, donde, doctor? _____

Usa medicina para los ojos? Cuales son? _____

Historia Medica y Social: Nombre de Doctor General _____ Ciudad _____

Fuma? SI ___ NO ___ Consume bebidas Alcoholicas? SI ___ NO ___ Profesion/Oficio: _____ Estudiante? SI ___ NO ___

Nombre de TODAS las medicinas que esta tomando (pildoras para la dieta) _____

Alergias? _____

Alguna Cirujia, Enfermedad, Hospitalizacion,? _____

Quien en su familia ha tenido: Diabetes – Cataratas – Glaucoma -- Degeneracion de la Macula – Hipertension – Infartos – Hemorragias al Cerebro – Cancer -- etc.

HISTORIA FAMILIAR: _____

REVISION DE SISTEMAS: Marque con una X si Usted sufre de lo siguiente:

Fiebre ___ Perdida de Peso ___ Subida de Peso ___ Fatiga ___ Dolores Musculares ___ Dolores Articulares ___ Inflamacion Articular ___ Artritis ___ Sordera ___ Ruidos en los oidos ___ Dolor de oido ___ Sinusitis ___ Problema de dientes/encias ___ Eczema ___ Psoriasis ___ Brotes en la Piel ___ Infartos ___ Palpitaciones ___ Dolor de Pecho ___ Diabetes ___ Tiroides ___ Presion Alta ___ Aneurisma ___ Coagulos ___ Hematomas ___ Anemia ___ Asma ___ Enfisema ___ Sibilancias ___ Tos ___ Entumecimiento ___ Debilidad ___ Paralisis ___ Ulceras/Dueodeno ___ Acidez ___ Constipacion ___ Depresion ___ Ansiedad ___ Calculos Renales ___ Problemas con vejiga/prostata ___ Problemas Urinarios ___

Si Marco con la X, explique: _____

Hace cuanto y si esta en tratamiento: _____

Revisado desde _____ / _____ / _____ visita. Cambios notados: SI ___ NO ___

CHECKED BY _____ (INI) _____, M.D. Fecha _____

Reviewed by
Doctor: ___ Stegman, ___ Purewal, ___ Salzano, ___ Chechik, ___ Tannen, ___ Icasiano, ___ Burrows, ___ Frempong, ___ Cuttler, ___ Ariola