

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Fecha _____
Apellido _____
Direccion _____
Ciudad _____
No. Del Seg. Soc. _____
Sexo M F Soltero Casado Viudo Separado Divorciado
Telefono del trabajo (____) _____
Telefono celular (____) _____
Ocupacion _____
Referido por _____

Nombre _____
Apartamento _____
Estado _____ Codigo Postal _____
Fecha de nac _____
Telefono en casa (____) _____
E-mail _____
Empleador _____

Contacto en caso
De emergencia _____ Telefono (____) _____

INFORMACION SOBRE EL SEGURO

Persona responsable
Por la cuenta _____
Fecha de Nac _____
Compania de seguros _____
Grup no. _____
Esta el paciente cubier por seguro adicional?
Nombre del suscriptor _____
Fecha de Nac. _____
Compania de seguros _____
No. De Grupo _____

Relacion _____
No. Del Seg. Soc. _____
Suscriptor empleado por _____
Suscriptor no. _____
Si No
Relacion _____
No. Del Seg. Soc. _____
Suscriptor empleado por _____
Suscriptor no. _____

Yo, el suscrito, certifico que yo (o mi dependiente) tengo/tienen cobertura de seguro con

Y traspaso directamente al Dr. Lozada todos los beneficios del seguro, si los hubieran, que de otra manera son pagaderos a mi, por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por toda la informacion que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, que me han explicado mis beneficios, y que he recibido una copia de la declaracion de poliza de discrecion.

Firma de la persona responsable _____ Fecha _____
Relacion _____

HISTORIA MEDICA DE LOS OJOS

Note "si" o "no" si tiene alguno de los siguientes.

Nombre del ultimo optometrista _____	Ojos ensangrentados	Si	No	Puntos o flotantes en los ojos	Si	No
_____	Vision borrosa-distancia	Si	No	Glaucoma	Si	No
Fecha de la ultima visita _____	Vision borrosa-cerca	Si	No	Dolores de cabeza	Si	No
Fecha del ultimo examen de la vista _____	Ardor de los ojos	Si	No	Comezon en los ojos	Si	No
	Cataratas	Si	No	Sensibilidad a la luz	Si	No
¿Usa Lentes? Si No	Mala vision de color	Si	No	Perdida de vision	Si	No
todo el tiempo ocasionalmente	Ojos desviados	Si	No	Jaquecas	Si	No
para leer para manejar	Descarga de los ojos	Si	No	Mala vision de noche	Si	No
↑ para ver television	Mareos	Si	No	Ojos rojos	Si	No
¿Usa lentes de contacto? Si No	Vision doble	Si	No	Mira aureolas	Si	No
Que tipo _____ horas al dia _____	Ojos resecos	Si	No	Mira luces (relampagos)	Si	No
Describa cualquier problema que tenga	Infeccion de los ojos	Si	No	Perdida de vision temporal	Si	No
Con sus lentes de contacto _____	Daños a los ojos	Si	No	Parpado temblaroso	Si	No
_____	Ojos forzados	Si	No	Mala vision	Si	No
_____	Desmayos	Si	No	Ojos llorosos	Si	No

HISTORIA DE SALUD

Note "si" o "no" si tiene alguno de los siguientes.
Tambien note si alguien de su familia ha tenido alguno de estos problemas.

Nombre de su medico _____ Fecha de su ultima visita _____

	Usted		Familiar			Usted		Familiar	
HIV/SIDA	Si	No	Si	No	Padecimiento del corazon	Si	No	Si	No
Artritis	Si	No	Si	No	Hepatitis (tipo _____)	Si	No	Si	No
Valvula del corazon artificial	Si	No	Si	No	Alta presion	Si	No	Si	No
Articulaciones artificiales	Si	No	Si	No	Enfermedad del higado	Si	No	Si	No
Asma	Si	No	Si	No	Ojo flojo	Si	No	Si	No
Sangrado	Si	No	Si	No	Lupus	Si	No	Si	No
Ceguera	Si	No	Si	No	Jaqueca	Si	No	Si	No
Cancer	Si	No	Si	No	Marcapasos	Si	No	Si	No
Cataratas	Si	No	Si	No	Mala vision de color	Si	No	Si	No
Dependencia quimica	Si	No	Si	No	Enfermedad de la retina	Si	No	Si	No
Diabetes	Si	No	Si	No	Fiebre reumatica	Si	No	Si	No
Sensibilidad a las drogas	Si	No	Si	No	Herpes Zoster	Si	No	Si	No
Enfisema	Si	No	Si	No	Enfermedades de la piel	Si	No	Si	No
Epilepsia	Si	No	Si	No	Embolia	Si	No	Si	No
Cirujia de los ojos	Si	No	Si	No	Padecimiento de la tiroides	Si	No	Si	No
Glaucoma	Si	No	Si	No	Tuberculosis	Si	No	Si	No
Fiebre	Si	No	Si	No	Ojo desviado	Si	No	Si	No

¿Esta embarazada? _____ Numero de hijos _____

¿Usa tabaco? _____ ¿Cuanto al dia? _____

¿Usa alcohol? _____ ¿Cuanto al dia? _____

Anote alergias a medicamentos o a otras

Substancias: _____

Anote los medicamentos que esta tomando actualmente, incluyendo gotas para los ojos:

Nombre de la farmacia _____

Telefono de la farmacia (_____) _____