



Oficina Principal: 919-282-1100

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

SS#: _____ Sexo: V H Estado Civil: S C D V

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono principal _____ Teléfono secundario _____

Correo Electrónico _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Persona responsable si no es el paciente _____

Dirección _____

Seguro Principal _____ Seguro Secundario _____

Farmacia _____ Dirección o Teléfono _____

Si usted es un paciente nuevo, cómo fue referido: _____

1. Por favor recuerde que el seguro médico se considera un método de reembolsar al paciente por gastos pagados al doctor, y no es un sustituto de pago. Algunas compañías pagan una porción limitada por ciertos procedimientos, y otras pagan el cien por ciento del gasto. **Es responsabilidad de cada paciente pagar la cantidad deducible, el pago compartido, o cualquier otro gasto no pagado por el seguro.** Usted deberá realizar su pago compartido de seguro por cada visita.
2. Este contrato permanecerá en vigor hasta que sea revocado por mi mismo, en forma escrita. Una fotocopia de este contrato será considerada como un original. Entiendo que soy económicamente responsable de todos los cargos, ya sean pagados por el seguro o no. Autorizo a este agente a dar a conocer toda la información necesaria para asegurar el pago.

Firma: _____

Fecha: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____

Fecha de Nacimiento: _____

Doctor Familiar: _____

Optometrista: _____

Altura _____	Peso _____	¿Has caído en el último año?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Ex fumador	<input type="checkbox"/> No		
¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con que frecuencia?	_____	
¿Conduces/manejas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ¿Si no, porque, y cuando paraste?	_____	
¿Vive solo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Residencia de vivienda asistida		
¿Está empleado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ocupación	_____	
¿Mujeres, está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Da el Pecho?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

¿Ha sido tratado por alguna de las siguientes condiciones médicas? Por favor verifique sí o no, y haga un círculo sobre todo lo que sea pertinente. Explique más en el espacio proporcionado si es necesario.

Sí No Oídos, Nariz, Garganta (pérdida de audición, sinusitis) _____

Sí No Cardiopatía (ataque del corazón, angina, arritmia, insuficiencia cardiaca, enfermedad de válvula de corazón, cirugía de bypass coronario) _____

Sí No Enfermedades del Pulmón (asma, enfisema, EPOC, bronquitis crónica) _____

Sí No Enfermedades de la Piel (eczema, soriasis, acne, rosácea) _____

Sí No Enfermedades Gastrointestinales (ulcera, esófago, enfermedad intestinal, o del hígado) _____

Sí No Enfermedades Genito-urinarias (enfermedades del riñón, diálisis, cálculos renales) _____

Sí No Artritis (reumática, osteo-degenerativa) _____

Sí No Enfermedades de Sangre (anemia, leucemia, coagulación) _____

Sí No Diabetes (tipo, como fue controlado y cuando fue diagnosticado) _____

Sí No Enfermedad de Tiroides (hipo, hiper, enfermedad de Graves) _____

Sí No Presión Alta _____

Sí No Salud Mental (depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar) _____

Sí No Cáncer (tipo y fecha) _____

Sí No Enfermedades Infecciosas (tuberculosis, sífilis, gonorrea, SIDA, VIH, hepatitis) _____

CIRUGIA PREVIA (fecha/tipo) _____

¿Está usted sufriendo hoy de alguno de los siguientes problemas? Por favor, verifique si o no.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Debilidad, adormecimiento, dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ardor de estómago, dolor abdominal
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de articulaciones (Musculoesquelético)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor durante micción, sangre en orina
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de garganta, oídos o sinusitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nivel anormal de tiroides
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión Alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Depresión/ansiedad
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor del pecho, palpitaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Facilidad de moratones (Hematológico)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Salpullidos, sequedad excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Falta de respiración, sibilancia, tos fuerte (Respiratorio)

OJOS

Sí No Cirugía o Láser _____

Sí No Lentillas _____

Gotas para los ojos: _____

¿Ha sido usted diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades de ojos? Si es así, por favor explique y incluye el año diagnosticado.

Sí No Cataratas _____

Sí No Enfermedad o Trasplante Corneal _____

Sí No Enfermedad Diabético del Ojo _____

Sí No Glaucoma _____

Sí No Ojo Perezoso (Ambliopía) _____

Sí No Degeneración Macular _____

Sí No Desprendimiento de Retina _____

Sí No Lesión _____

Comentarios _____

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDADES

¿Tiene usted antecedentes familiares de alguna de las siguientes? Por favor, indique el familiar afectado: (Madre, padre, hermana, o hermano)

Sí No Cáncer _____

Sí No Diabetes _____

Sí No Glaucoma _____

Sí No Enfermedad de Corazón _____

Sí No Enfermedad de Retina _____

MEDICACION	DOSIS (incluye miligramos y frecuencia)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

MEDICACION	DOSIS (incluye miligramos y frecuencia)
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

ALERGIAS (medicina o comida)	REACCION

ALERGIAS (medicina o comida)	REACCION

Firma de Paciente _____ **Fecha:** _____