

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MEDICO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Número de Seguro Social: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Numero de Teléfono de Trabajo: _____ Numero de Telefono Móvil: _____

Nombre de Doctor Primario: _____ Correo Electrónico de Paciente: _____

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Enumere cualquier medicacion que usted este tomando (incluya los contraceptivos orales, aspirina, sobre las drogas contrarias y remedios caseros):

Usted tiene alergias a las medicinas? Si No Enumere por favor: _____

Enumere todas las lesiones importantes, cirugías, y/o hospitalizaciones que ud. haya tenido? _____

Para las mujeres: Esta usted embarazada y/o amamantando? Si No

Ha tenido ud. algunas de las siguiente condiciones?

	Si	No		Si	No
Degeneracion macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos Cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión Torcida / Halos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strabismus (ojos cruzados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión Doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugia Refractiva (LASIK/RK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión de ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rojez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parpado de inclinacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensacion áspera o arenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugia Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quemazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amblyopia (ojo perezoso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos llorosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infeccion de ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad ligera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugia de la Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retinopatía Diabética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orzuelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____			Destellos/ objetos en la vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tiene Ud. actualmente o ha tenido cualquier problema en las areas siguientes?

	Si	No		Si	No
Constitucional			Oidos/ nariz/ boca/ Garganta		
Fiebre pérdida/ aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias/ fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integumentary			Congestion del sino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condicion de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nariz que moquea/ goteo nasal del poste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurológico			Garganta / boca seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolres de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratorio		
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endócrina			Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides/ otras glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vascular / cardiovascular		
Psiquiátrico			Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condicion de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficit de atencion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal		
Huesos/ empalmes/ musculos			Diarrea / estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinario		
Infantico/ Hematologico			Genitales / rínón / vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Otro, describa por favor: _____

HISTORIA SOCIAL Esta informacion se mantiene terminantemente confidencial. Puede discutir esta porcion directamente con La doctora si prefiere: SI, Preferiria discutir mi information de la historia social dirctamente con mi doctor.

Maneja? Si No Si contesto si Tiene dificultad para ver caundo maneja? Si No

Utiliza productos de tabaco? Si No Si contesto si tipo/ cantidad/ cuanto tiempo? _____

Utiliza drogas ilegales? Si No Si contesto si tipo/ cantidad/ cuanto tiempo? _____

Indique si ha sido expuesto o se han infectado con: Gonorrhoea Hepatitis HIV Sifilis

Antecedentes Familiares (Por favor observe cualquier antecedente familiar padres, abuelos, niños, fallecido o en vida)

ENFERMEDAD / CONDICION	SI	NO	PARENTESCO
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ojos Cruzados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneracion macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Separacion / enfermedad retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad Cardiaca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Alta Presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

CONTACTO MEDICO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Direccion/Ciudad: _____ Teléfono: _____

FIRMA DEL SEGURO EN ARCHIVO:

Certifico que la información dada por el solicitador es verdad y correcta. Autorizo a mi doctor a actuar mientras que obtiene el pago de mi proveedor del seguro, y pido que el pago de estos beneficios este hecho a nombre de Sandra Davidson para cualesquiera servicios y material equipados. Autorizó a la Dr. Davidson a proveer la información medica sobre mi a mi a abastecedor del seguro para la determinación de beneficios. Si tengo otra cobertura del seguro medico (según lo indicado en el punto de la forma de demanda HCFA-1500 o de la demanda electrónicamente presentada), mi firma autoriza la información medica antedicha al asegurado o a la agencia demostrada, y autorizo a mi doctor a actuar como mi agente.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

PROVISIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA EXAMINACION:

Autorizo a Sandra Davidson, O.D Inc a enviar un informe de mi examinacion a mi medico, refiriendo al doctor y/o refiriendo al profesional de salud.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Autorizo a Sandra Davidson O.D Inc a discutir los resultados de mi examinación a los individuos siguientes (anote por favor su conyugue, padres, hijos/hijas, cuidadores, etc.)

Nombre:	Parentesco:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Si No Autorizo recibir mensajes en constetora automatica de telefono.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

RECIBO DE POLITICA DE CONFIDENCIALIDAD

He recibido de Sandra Davidson, O.D, Inc. la politica de o confidencialidad

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____