

# Historia Medica y Questionario

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre de padres (si es menor) \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
# Telefonico \_\_\_\_\_ # Telefonico del Trabajo \_\_\_\_\_ #Celular: \_\_\_\_\_  
Nombre Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_  
Ocupacion: \_\_\_\_\_ Como se entero de nosotros? \_\_\_\_\_

## Historia Medica

Fecha de ultimo examen de los ojos: \_\_\_\_\_ Nombre del Oculista \_\_\_\_\_ Telefono del Oculista \_\_\_\_\_  
Doctor Familiar: \_\_\_\_\_ Telefono del Medico: \_\_\_\_\_  
Fecha de su ultimo examen fisico: \_\_\_\_\_ Es alergico a algun medicamento? No \_\_\_ Si \_\_\_  
Si la respuesta es si, favor de indicar cuales son: (incluyendo aspirinas, anticonceptivos, remedios de casa)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ha sufrido accidentes graves, cirugias o ha sido hospitalizado anteriormente: \_\_\_\_\_

Esta embarazada o amamantando: No \_\_\_ Si \_\_\_

## Historia Familiar

Favor de indicar si alguno de sus familiares (padres, abuelos, hermanos, hijos vivos o fallecidos) ha sufrido de:

ENFERMEDAD / CONDICION	NO	SI	PARENTESCO
Ceguera	___	___	_____
Cataratas	___	___	_____
Ojos crusados/Desviacion de un ojo	___	___	_____
Glaucoma	___	___	_____
Degeneracion Macular	___	___	_____
Separacion de retina	___	___	_____
Artritis	___	___	_____
Cancer	___	___	_____
Diabetis	___	___	_____
Problemas del corazon	___	___	_____
Presion Alta	___	___	_____
Problemas del rinon	___	___	_____
Lupus	___	___	_____
Problemas de tiroides	___	___	_____
Otro _____	___	___	_____

## Historia Social *Esta informacion sera confidencial. Puede usted hablar con la Dra. directamente, si usted desea.*

\_\_\_ Si, me gustaria hablar en privado con la Dra. acerca de mi Historia Social.

Maneja? No \_\_\_ Si \_\_\_ Si contesto si, tiene dificultad para ver cuando maneja? No \_\_\_ Si \_\_\_ Indicar sintomas \_\_\_\_\_

Usa productos que contienen tabaco? No \_\_\_ Si \_\_\_ que tipo / cantidad / hace cuando: \_\_\_\_\_

Toma alcohol? No \_\_\_ Si \_\_\_ que tipo / cantidad / hace cuando: \_\_\_\_\_

Usa drogas? No \_\_\_ Si \_\_\_ que tipo / cantidad / hace cuando: \_\_\_\_\_

A estado expuesto a, o infectado con: Gonorrea \_\_\_ Hepatitis \_\_\_ VIH \_\_\_ Sifilis \_\_\_ Otro \_\_\_

## Favor de indicar sus actividades o pasatiempos:

\_\_\_ Golf \_\_\_ Tenis \_\_\_ Bicicleta \_\_\_ Auto \_\_\_ Television \_\_\_ Aerobicos \_\_\_ Computadora  
\_\_\_ Leer \_\_\_ Pescar \_\_\_ Caceria \_\_\_ Coser \_\_\_ Nadar \_\_\_ Deportes: \_\_\_\_\_

Usa lentes? No \_\_\_ Si \_\_\_ En que fecha obtuvo su ultimo par de lentes? \_\_\_\_\_

Tipo de lentes de contacto?

Su razon principal para el examen hoy: \_\_\_\_\_

Planea en obtener: \_\_\_ Antojos \_\_\_ Lentes oscuros \_\_\_ Lentes de contacto \_\_\_ Lentes de contacto CRT

\_\_\_ Hacerse correccion con rayo Lazer

**Resumen de Sistemas**

Ha tenido o tiene problemas con lo siguiente:

Sistema:	NO	SI		NO	SI
			OIDOS, NARIS, BOCA, GARGANTA		
SU CONSTITUCION			Alergias/Fiebre de Heno	___	___
Fiebre, perdida/aumento de peso	___	___	Congestion de sinusitis	___	___
Enfermedad de la Piel	___	___	Tos cronica	___	___
NEUROLOGICO			Garganta/Boca seca	___	___
Dolor de cabeza	___	___	RESPIRATORIO		
Migranas	___	___	Asma	___	___
Convulsiones	___	___	Bronquiitis cronica	___	___
OJOS			Enfisema	___	___
Perdida de vision	___	___	VASCULAR / CARDIOVASCULAR		
Vista borrosa	___	___	Diabetis	___	___
Vision distorsionada	___	___	Dolor de corazon	___	___
Perdida de vista lateral	___	___	Presion alta	___	___
Vision doble	___	___	HUESOS / MUSCULOS / COYONTURAS		
Resequedad	___	___	Dolor de coyunturas	___	___
Laganas	___	___	Dolor de cuello	___	___
Ojos rojos	___	___	Reumatoides Artritis	___	___
Sensacion arenosa	___	___	Dolor muscular	___	___
Comezon	___	___	LYMPHATIC / HEMATOLOGIC		
Ardor	___	___	Problema sanguineo	___	___
Sensacion de algo en el ojo	___	___	Anemia	___	___
Sensibilidad a la luz	___	___	OTRO _____		
Lagrima constantemente	___	___			
Dolor	___	___			
Infeccion Cronica del ojo/parpado	___	___			
Orzuelo	___	___			
Ve lucasitas	___	___			
Cansado/Fatigado	___	___			

Favor de indicar si ha sufrido de: Caida del parpado, Glaucoma, infeccion de la retina, cataratas, infeccion del o golpe en el ojo:

---

Si la respuesta es "SI" a la pregunta anterior, favor de indicar los medicamentos que esta tomando actualmente:

---



---

**POLITICA DE PAGO POR CANCELACION DE CITA**

En caso de necesitar cancelar su cita, requerimos aviso de 24 horas previas a la fecha de su cita; de lo contrario, nos veremos en la pena de cobrarle la cantidad de \$25.00 por persona. Le aclaramos que esta cantidad no lo cubre su seguro, por lo que sera necesario solicitarle al paciente liquidarlo personalmente.

**NOTA IMPORTANTE:** Si usted liquida nuestros servicios con cheque y este es devuelto por el Banco bajo la razon por falta de fondos, requerimos que usted cubra la cantidad del cheque devuelto mas \$30.00 de comision que nos cobra el banco y la liquidacion del monto debera ser en efectivo.

He recibido copia del Cumplimiento con el Convenio de HIPAA que notifica sobre la privacidad de la informacion que proporcione. Favor de firmar en conformidad de que ha leído y comprendió nuestra nueva política y con dicha firma autorizo a la Dra. Paz para cobrar mi proveedor aseguradora.

\_\_\_\_\_  
Firma de Doctor

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Guardian si es menor de edad

\_\_\_\_\_  
Fecha