

Formulario de Registro



FECHA _____

NOMBRE _____ APELLIDO _____ SEXO _____

DIRECCION _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

POR FAVOR MARCAR EL MEJOR NUMERO DE TELEFONO AL CUAL PODEMOS COMUNICARNOS CON USTED DURANTE HORAS DE TRABAJO.

CELULAR _____

HOGAR _____

TRABAJO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____

REFERIDO POR _____

CIUDAD _____ TELEFONO _____

OPTOMETRISTA (ESPEJUELOS) _____

CIUDAD _____ TELEFONO _____

MEDICO DE CABECERA _____

CIUDAD _____ TELEFONO _____

SEGURO MEDICO—POR FAVOR INDIQUE TODAS SUS COMPAÑIAS DE SEGURO

SEGURO PRIMARIO _____

PERSONA ASEGURADA _____ SS# _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ID DEL MIEMBRO _____ # DEL GRUPO _____

DIRECCION DEL SEGURO A MANDAR LAS CUENTAS _____

SEGURO SECUNDARIO _____

NOMBRE DEL SEGURO _____ SS# _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ID DEL MIEMBRO _____ # DEL GRUPO _____

DIRECCION DEL SEGURO A MANDAR LAS CUENTAS _____

Cuestionario de Salud



CUAL ES LA RAZON PRINCIPAL DE SU VISITA? _____

- SI NO TIENE LA VISION BORROSA?
- SI NO TIENE LOS OJOS IRRITADOS?
- SI NO OTRA LESION? POR FAVOR EXPLIQUE

- SI NO ESTA SU VISITA RELACIONADA CON UN ACCIDENTE AUTOMOBILISTICO?
- SI NO ESTA SU VISITA RELACIONADA CON UN ACCIDENTE DE TRABAJO?
- SI NO ESTA SU VISITA RELACIONADA CON UNA LESION PERSONAL?
- SI NO ESTA SU VISITA RELACIONADA CON OTRO DAÑO? POR FAVOR EXPLIQUE

HA TENIDO USTED ALGUNA VEZ?

- SI NO ENFERMEDAD CARDIACA? __ PRESION ALTA __ ANGINA __ BYPASS
- SI NO CIRUGIA PULMONAR? __ CUAL PULMON? __ DERECHO __ IZQUIERDO
- SI NO ASMA/ DIFICULTAD AL RESPIRAR/ TUBERCULOSIS?
- SI NO DIABETES (AZUCAR ALTA)?
- SI NO DERRAME CEREBRAL/ ATAQUE EPILEPTICO/ CONVULSIONES?
- SI NO (CJD) ENFERMEDAD CREUTZFELDT-JAKOB?
- SI NO HEMORRAGIAS/ JAUNDICE/ HEPATITIS/ PROBLEMAS DEL HIGADO?
- SI NO (VIH) SINDROME DE IMMUNODEFICIENCIA HUMANO/
ENFERMEDADES DEL SISTEMA IMMUNOLOGICO?
- SI NO ENFERMEDADES DEL RIÑÓN? __ DIALYSIS __ SHUNT
- SI NO CIRUGIA DEL SENOS? __ DERECHO __ IZQUIERDO __ AMBOS
- SI NO REACCION ADVERSA A LA ANESTESIA GENERAL? POR FAVOR EXPLIQUE

SI NO ESTA EMBARAZADA O LACTANDO? FECHA DEL ULTIMO PERIODO MENSTRUAL? _____

SI NO TIENE DOLOR? DONDE? _____

POR FAVOR, INDIQUE LA GRAVEDAD USANDO LA ESCALA (0=NINGUNO 10=SEVERO) _____

QUE ALIVIA EL DOLOR? _____



SI NO TOMA MEDICAMENTOS PARA LOS OJOS? POR FAVOR INDIQUE. HAY ESPACIO ADICIONAL ATRAS.

NOMBRE	DOSIS	CUAL OJO	CUANTAS VECES AL DIA

SI NO HISTORIA OCULAR PREVIA / CIRUGIA? POR FAVOR INDIQUE. HAY ESPACIO ADICIONAL ATRAS.

CONDICION	CIRUGIA	CUAL OJO	HACE CUANTO TIEMPO

SI NO TOMA MEDICAMENTOS RECETADOS? POR FAVOR INDIQUE. HAY ESPACIO ADICIONAL ATRAS.

NOMBRE	DOSIS	CUANTAS VECES AL DIA

SI NO HA TENIDO ALGUNAS CIRUGIAS EN LOS ULTIMOS 10-15 AÑOS. POR FAVOR INDIQUE. HAY ESPACIO ADICIONAL ATRAS.

CIRUGIA	FECHA

SI NO ALERGIAS O REACCION A MEDICAMENTOS /CRUSTACEOS/ TINTA INTRAVENOSA / LATEX? POR FAVOR INDIQUE.

ALERGIA	REACCIONES

SI NO POR FAVOR INDIQUE HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDADES

RELACION FAMILIAR	HISTORIA MEDICA



TIENE USTED ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

- SI NO **CLAUSTROFOBIA?**
- SI NO **UN MARCA PASO IMPLANTABLE/ CARDIOVESOR? (POR FAVOR CIRCULE)**
- SI NO **UN AUDIFONO?**
- SI NO **LENTE DE CONTACTO?**
- SI NO **DENTADURAS / CHAPAS / PUENTES? (POR FAVOR CIRCULE)**
- SI NO **FUMA? CANTIDAD DIARIA _____**
- SI NO **TOMA ALCOHOL? CUANTO? _____**
- SI NO **INCAPACIDAD FISICA / PROTESIS?**
- SI NO **SILLA DE RUEDA / BASTON / CAMINADOR? (POR FAVOR CIRCULE)**

HAY ALGO MAS QUE LE MOLESTA HOY? POR FAVOR EXPLIQUE

POR FAVOR INDIQUE CUALQUIER OTRO MEDICAMENTO E HISTORIAL MEDICO

SI NO **YO AUTORIZO A PHILLIPS EYE CENTER/HUDSON EYE SPECIALISTS/RIVER DRIVE SURGERY CENTER HA COMUNICARSE CONMIGO, MAQUINA CONTESTADORA, O CONTACTO DE EMERGENCIA SI ES NECESARIO**

NOMBRE EN IMPRENTA _____

FIRMA _____ **FECHA** _____