

Nombre:

Cuenta#:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ IS: _____ Sufijo: _____

Teléfono Casa: _(_____) _____ Trabajo: _(_____) _____ Cel.:_(_____) _____

Contacto Preferido#: Casa Trabajo Cel. Estado Civil: Sol Cas Div Viu Sep

NSS: _____ FECHA NAC.: _____ Sexo: M F

Idioma Preferido: Inglés Español Otro _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Dirección de Facturación: _____

Dirección de Email: _____ Empleador/Ocupación: _____

¿Residente Tiempo Completo? S N Si "No", Otra Dirección: _____

- Familiar/Amigo
- Redes Sociales
- Página web
- Empleador
- Seguros
- Doctor: _____
- Otro: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Dirección: _____

A quién podemos agradecer por referirle a usted a nuestra consulta:

GARANTE O RESPONSABLE: Yo (Paciente) Otro (si el paciente es un menor)

Si Otro, Apellido: _____ Nombre: _____ IS: _____ Sufijo: _____

_____ Teléfono Casa: _(_____) _____ Trabajo: _(_____) _____ Cel.:_(_____) _____

FECHA NAC.: _____ Relación con el Paciente: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Distinto del teléfono indicado arriba)

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Teléfono Casa: _(_____) _____ Trabajo: _(_____) _____ Cel.:_(_____) _____

SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Compañía: _____ ID#: _____ Grupo#: _____

Nombre de Titular de la Póliza: _____ FECHA NAC.: _____ Relación con el Paciente: _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

Compañía: _____ ID#: _____ Grupo#: _____

Nombre de Titular de la Póliza: _____ FECHA NAC.: _____ Relación con el Paciente: _____

SEGURO DE VISIÓN

ID#: _____ Grupo#: _____ Nombre de Titular de la Póliza: _____

FECHA NAC.: _____ Relación con el Paciente: _____

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE NOMBRE: _____

FECHA: _____

Por favor, marque SÍ o NO si tiene o ha tenido alguna de las siguientes opciones:

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Cáncer - Tipo | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Tomado Flomax / Hytrin / Cardura | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Diabetes -- <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Insulina |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Apoplejía / ACV | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | GERD (ERGE) |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Enfermedad Cardíaca / Soplo | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Enfermedad Renal |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Ataque Cardíaco | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Cálculos Renales |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Enfermedad Hepática |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Arritmia / Palpitaciones | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Hepatitis – <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Asma | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Enfermedad Autoinmune - Tipo |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | COPD (EPOC) | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Enfermedades Infecciosas |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Migrañas | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Demencia / Pérdida de Memoria |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Artritis | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | MRSA (EARM) |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Apnea de Sueño - ¿Usa un CPAP? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | |

¿Ha recibido la vacuna contra la neumonía? S N

¿Ha fumado alguna vez? S N - ¿Todavía fuma? S N

¿Bebe alcohol? S N - Diario Ocasional Raro

CIRUGAS

Por favor, marque la casilla si se ha sometido a alguna de las cirugías indicadas a continuación: Ninguna Operación Cirugía de Cataratas

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bypass | <input type="checkbox"/> Prótesis de Cadera | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía | <input type="checkbox"/> LASIK / RK |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina |
| <input type="checkbox"/> Stents Cardíacos | <input type="checkbox"/> Colostomía | <input type="checkbox"/> Vesícula Biliar | <input type="checkbox"/> Trasplante de Córnea |
| <input type="checkbox"/> Sustitución de Rodilla | <input type="checkbox"/> Mastectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de Espalda | <input type="checkbox"/> Procedimiento para Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Otras: | | | <input type="checkbox"/> Procedimiento de Párpados |

OTROS DIAGNÓSTICOS OCULARES

¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades/trastornos oculares?

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Retinopatía Diabética | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Córnea | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> Ambliopía / Ojo Vago | <input type="checkbox"/> Otro |

ALERGIAS

Sí -- Indíquelo a continuación Sin Alergias Conocidas ¿Alergia al látex? Sí No

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

MEDICAMENTOS

Indique los medicamentos que toma, con o sin prescripción; puede proporcionar una lista si la tiene:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

HISTORIA FAMILIAR

¿Tiene algún antecedente FAMILIAR de:

(Madre, Padre, Hermanos, Abuelos)

- Diabetes S N Quién:
- Glaucoma S N Quién: _
- Degeneración Macular S N Quién:

- S N
- Ceguera S N Quién:
- Adoptado/Desconocido S N

NOTE: Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published online prevails.

REVISIÓN DE SISTEMAS

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Por favor, marque todo lo que corresponda a su salud **actual** y **pasada**.
Las casillas que no se marquen se considerarán como una respuesta negativa.

General / Constitucional

- Salud General
- Pérdida / Aumento de Peso
- Fatiga
- Fiebre y escalofríos
- Debilidad

Tegumentario (Piel)

- Cáncer de Piel
- Sarpullido
- Moretones
- Crecimientos sospechosos
- Picazón

Oídos/Nariz/Boca/Garganta

- Boca Seca
- Dolor/infección senos nasales
- Zumbido en oídos
- Vértigo
- Usa aparato auditivo

Respiratorio

- COPD (EPOC)
- Asma
- Enfisema
- Uso de Oxígeno
- Dificultad para respirar

Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Hipertensión
- Ataque cardíaco
- Cirugía cardíaca
- Palpitaciones

Gastrointestinal

- Acidez / Reflujo ácido
- Diverticulitis
- Náuseas
- Hernia
- Úlceras

Musculoesquelético

- Artritis
- Dolor de espalda
- Inflamación de articulaciones
- Rigidez
- Dolor muscular/articular

Neurológico

- Pérdida de memoria
- Dolores de cabeza
- Enfermedad de Parkinson
- Convulsiones
- Temblores

Endocrino

- Diabetes
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Micción frecuente
- Sed excesiva

Psiquiátrico

- Ansiedad
- Depresión
- Estrés

Alergias / Inmunológico

- Reacción alérgica a medicamentos
- Alergia a alimentos
- Alergias estacionales / ambientales
- Enfermedad autoinmune

¿Otras afecciones o problemas médicos no mencionados?

X
Firma del Paciente

Fecha

X
Firma de Padre o Tutor

Fecha

Nombre: _____ Fecha: _____ Cuenta#: _____

FORMULARIO DE EVALUACIÓN VISUAL Y CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA

Ocupación: _____

Aficiones: _____

Marque con un círculo el grado de dificultad que tiene para realizar las siguientes actividades debido a su visión.

Evaluación de la Visión Funcional

Marque Uno

| | | | | |
|---|----------|----------|----------|--------|
| ¿Le gustaría depender menos de anteojos? | De lejos | De cerca | Ambos | |
| Dificultad para ver señales de la calle o manejar (aceras, salidas de autopista, semáforos, halos/deslumbramiento de luces) | No | Un poco | Moderada | Severa |
| Dificultad al ver televisión o películas (caras, números, texto) | No | Un poco | Moderada | Severa |
| Dificultad para leer letra pequeña con anteojos (libros, periódicos, envases de pastillas, instrucciones, celular) | No | Un poco | Moderada | Severa |
| Dificultad para realizar trabajo detallado (coser, enhebrar aguja o anzuelo) | No | Un poco | Moderada | Severa |
| Dificultad para correspondencia personal (escribir cheques, leer facturas, llenar formularios) | No | Un poco | Moderada | Severa |
| Dificultad para actividades de ocio (jugar cartas, bingo, bolos, golf) | No | Un poco | Moderada | Severa |
| Dificultad para desenvolverse en casa (cocina, mantenimiento general del hogar, escaleras, teléfono) | No | Un poco | Moderada | Severa |
| Dificultad para reconocer caras de personas (iglesia, supermercado, clubes, otras actividades diarias) | No | Un poco | Moderada | Severa |

Marque con un círculo las actividades que preferiría realizar con menos dependencia de anteojos:

| | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------|---------|
| Leer | Ver envases de pastillas | Ver un menú | Ver el reloj | Usar teléfono celular | |
| jugar cartas o juegos de mesa | Costura | | Ponerse maquillaje | Usar computadora | |
| Ver tablero del auto | Ver precios/etiquetas | | Compras | Bingo | Manejar |
| Practicar deportes, como el golf | Ver televisión | Mirar deportes en vivo | Ir al cine | Natación | |

X

Firma del Paciente

Fecha

X

Firma de Padre o Tutor

Fecha

ATTENTION: If you speak English or American Sign Language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-469-886-0419 or speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-469-886-0419 o hable con su proveedor

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-469-886-0419 an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-469-886-0419 或咨询您的服务提供商。

注意：如果您說[中文]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-469-886-0419 或與您的提供者討論。

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-469-886-0419 hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-469-886-0419 ou parlez à votre fournisseur.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-469-886-0419 или обратитесь к своему поставщику услуг.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم (1-469-886-0419) أو تحدث إلى مقدم الخدمة."

주의:[한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-469-886-0419 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-469-886-0419 o makipag-usap sa iyong provider.

ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati

accessibili. Chiama l'1-469-886-0419 o parla con il tuo fornitore.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-469-886-0419 oswa pale avèk founisè w la.

ማሳሰቢያ፦ እማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-469-886-0419 ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።

सावधान: यदि तपाईंनेपाली भाषा बोलनुहुन्छ भनेतपाईंका लागि िनःशुल्क भिषक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहु ु चयोग्य ढुं ु चाहरुमा जानकारी दरान दुननउपयुक्त सहायता र सेवाहरू पिन िदनिःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-469-886-0419 मा फोन दुनुनहोस्वां आफनो दरायकस् दू कू रा दूनुनहोस्।

MAKINIKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa pia inapatikana bila malipo. Piga simu 1- 469-886-0419 au zungumza na mtoa huduma wako.

ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬ ਬੋਲਿ ਰੋ, ਤੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵੀਂ ਉਪਲਬਿ ਹੁੰਿ ਅੀਂ
ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟੀਂ ਧਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰ ਪਰਿਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੁਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਿਾਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵੀਂ ਵ ਮੁਫਤ ਧਵਿੱਚ ਉਪਲਬਿ ਹੁੰਿ ਅੀਂ ਹਨ। 1-469-886-0419 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜੀਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਾਤਾ ਨਾਲ ਗਿੱਲ ਕਰੋ।

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-469-886-0419 までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت میکنید، خدمات پشتیبانیا ین زبا ین رایگان در دس رتس شما قرار دارد. همچن ینی
کمکها و خدمات پشتیبانیا ین مناسب برای ارائه اطلاعات در قالبهای قابل دس رتس، بهطور رایگان موجود میباشد.
با شماره 0419-886-469-1 تماس بگ تید یا با ارائهدهنده خود صحبت کنید.

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntauv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-469-886-0419 los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

ATENÇÃO: Se você fala [inserir idioma], serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-469-886-0419 ou fale com seu provedor.

ध्यान ि: यदि आप दहंी बोलते हैं, तो आपके दलए दनिःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ रारूपों में जानकारी रिान करने के दलए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी दनिःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-469-886-0419 पर कॉल करें या अपने रिता से बात करें ।

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-xxx-xxx-xxxx (TTY: 1-xxx-xxx-xxxx) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą

মন োন োগ দি : দি আপদ বোংলো বনল তোহনল আপ োর জ য দব োমুনলয় ভাষো সহোয়তো পদরনষবোদি উপলক্ক রনয়নে। অ্যানেসন োগয় ফরমযোনে তথ্য প্ৰিান র জ য উপ ুক্ত সহোয়ক সহন োদগতো এবাং পদরনষবোদিও দব োমুনলয় উপলক্ক রনয়নে। 1-469-886-0419 স্বনর কল করু অ্থো আপ োর প্ৰিা কোরীর সোনথ কথো বনু ।

قابل رساين فارميٹس اگر آپ اردو بول رہے ہي، تو آپ کے ل ي زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہ ي۔
توجہ ديں:

پر 1-469-886-0419 م ي معلومات فراہم کر يں کے ل ي مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہ ي۔

کال کریں یا اپ یت فراہم کنندہ سے بات

کریں۔