

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: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Dirección: _____

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo | <input type="checkbox"/> Seguros |
| <input type="checkbox"/> Redes Sociales | <input type="checkbox"/> Doctor: _____ |
| <input type="checkbox"/> Página web | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Empleador | |

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 | 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:

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bypass | <input type="checkbox"/> Prótesis de Cadera | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía | <input type="checkbox"/> Ninguna Operación | <input type="checkbox"/> Cirugía de Cataratas |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Apendicectomía | | <input type="checkbox"/> LASIK / RK |
| <input type="checkbox"/> Stents Cardíacos | <input type="checkbox"/> Colostomía | <input type="checkbox"/> Vesícula Biliar | | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina |
| <input type="checkbox"/> Sustitución de Rodilla | <input type="checkbox"/> Mastectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de Espalda | | <input type="checkbox"/> Trasplante de Córnea |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ | | | | <input type="checkbox"/> Procedimiento para Glaucoma |
| | | | | <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 | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Quién: _____ |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Quién: _____ |
| Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Quién: _____ |
| Ceguera | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Quién: _____ |
| Adoptado/Desconocido | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> 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.

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. Please 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. Por favor hable con su proveedor.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Bitte 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。请与您的提供商联系。

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。請與您的提供者聯絡。

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. Hãy nói chuyện với nhà cung cấp 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. Veuillez en parler 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. Пожалуйста, поговорите со своим провайдером.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متوفرة متاح لك. المساعدات والخدمات المساعدة المناسبة لتوفير المعلومات التنسيقات التي يمكن الوصول إليها متاحة أيضًا مجانًا. يرجى التحدث إلى مزود الخدمة الخاص بك.

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 귀하의 서비스 제공자에게 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. 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. Si prega di parlare con il proprio 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 fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Tanpri pale ak founisè w la.

ማሳሰቢያ:- አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። ማረጃን በተደራሽ ቅርጾች ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። እባክዎን አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि दनःशुल्क भादषक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रिन्टिन उन उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पदन दनिःशुल्क उपलब्ध छन्।

कृपया आपनो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

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. Tafadhali zungumza na mtoa huduma wako.

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ 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。プロバイダーにご相談ください。

تسا ناگيل ناز ك مکت امدخ مدیك می تبخصه سرفرگا: هجوت
سرفر سد رد ناگيل ت ووصه هب نرد سرفر سد ل باقی اهاب لاق رد تا علاطا ه نرا یل بب سانه کی مکت امدخ و اهک مکت. ت سامش سرفر سد رد
مدیك تبخصه دوخ مدنهدده نرا ا اذ ا فطل. دنتسه

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 ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Thov nrog koj tus kws kho mob tham.

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. Por favor, fale com seu provedor.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने प्रदाता 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. Proszę porozmawiać ze swoim dostawcą.

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ توجہ دیں: براہ کرم اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔ کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔