

Park Avenue Optometry inc.
FORMULARIO DE REGISTRACION
 (letra de molde)

Fecha de hoy:					
INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido:	Nombre:	Inicial:	Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo postal:		
Telefono de casa:	Cellular:	Numero de seguro social:			
Marque caja apropiada: <input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a					
Occupacion:	Empleador:	Numero de trabajo:			
Correo electronico:	Le gustaria recibir recordatorios via email? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Como escogio nuestra clinica? (porfavor marque una)					
<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Aseguranza <input type="checkbox"/> Plan de aseguranza <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otra					
INFORMATON DE SU ASEGURANZA					
Persona responsable de pago: (si diferente al previo)	Fecha de nacimiento: / /	Direccion:	Telefono de casa:		
Occupacion:	Empleador:	Telefono de trabajo:			
La persona responsable de pago,es paciente en esta clinica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Este paciente esta cuvierto por la aseguranza? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Porfavor indique se aseguranza primaria <input type="checkbox"/> medicare <input type="checkbox"/> medi-cal <input type="checkbox"/> VSP <input type="checkbox"/> IEHP <input type="checkbox"/> MESC <input type="checkbox"/> EyeMed <input type="checkbox"/> Avesis <input type="checkbox"/> Davis vision <input type="checkbox"/> spectera <input type="checkbox"/> NVA <input type="checkbox"/> superior vision plan					
Nombre de el suscriptor:	Numero de seguro social de suscriptor:	Fecha de nacimiento: / /	Numero de grupo:	Numero de polisa:	
Relacion del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro					
Nombre de segunda aseguranza:	Nombre de el suscriptor:	Fecha de nacimiento: / /	Numero de grupo:	Numero de polisa:	
Relacion del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro					
EN CASO DE EMERGENCICA					
Nombre de un familiar o de un amigo/a (que no viva en la misma direccion):	Relacion con el paciente:	Telefono de casa:	Cellular:		

La informacion previa es verdadera hasta el mayor de mis conocimientos. Autorizo los beneficios de mi aseguranza ser pagados directamente a mi optometrista. Entiendo que soy responsable por cualquier balance. De igual manera autorizo a Park Avenue Optometry o ala compania de aseguranza de compartir cualquier informacion requerida para procesar mi reclamo de aseguranza.

Firma de el Paciente/Guardian

Fecha



CUESTIONARIO HISTORIAL DE EL PACIENTE

Fecha: _____ Fecha de ultimo examen: _____ Dilatacion? S / N
 Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

INFORMACION MEDICA

Cual es su salud general? _____
 Lista de todas las lesiones graves, cirugías, y hospitalizaciones que haya tenido _____

Está embarazada y / o amamantando? S / N
 Usa anteojos? S / N En caso afirmativo, qué tiempo tiene su par actual de sus lentes? _____
 Usa lentes de contacto? S / N En caso afirmativo, qué tiempo tiene su par actual de sus los pupilentes? _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

Tiene usted actualmente o ha tenido alguna vez problemas en las siguientes áreas:

Constitucional

Fiebre, pérdida de peso / ganancia S / N

Integumentario (Piel) S / N

Neurológico

Dolores de cabeza S / N

Migrañas S / N

Convulsiones S / N

Ojos

Pérdida de la visión S / N

Visión borrosa S / N

Visión distorsionada / Halos S / N

Pérdida de visión lateral S / N

Doble Vision S / N

Sequedad S / N

Aprobación de la gestión mucosa S / N

Enrojecimiento S / N

Sensación arenosa S / N

Comezón S / N

Ardiente S / N

Exceso de lagrimeo S / N

Sensibilidad a la luz S / N

Irritación o dolor S / N

La infección crónica de los ojos o la tapa S / N

Relampagos de luz / flotadores en la Visión S / N

Endocrino

Tiroides / Otras glándulas S / N

Alérgica / Inmunológicas S / N

Psiquiátrico S / N

Oído, nariz, boca, garganta

Alergias / Fiebre del Heno S / N

Congestión Nasal S / N

Nariz con mucosidad S / N

Goteo post-nasal S / N

Tos crónica S / N

Garganta seca / boca S / N

Respiratorio

Asma S / N

Bronquitis crónica S / N

Enfisema S / N

Vascular/Cardiovascular

Diabetis S / N

El dolor del corazón S / N

Presión arterial alta S / N

Enfermedad Vascular S / N

Gastrointestinal

La diarrea crónica S / N

Estreñimiento crónico S / N

Genitourinarios

Genitales / Riñón / Vejiga S / N

Huesos / Articulaciones / Músculos

La artritis reumatoide S / N

Dolor muscular S / N

El dolor articular S / N

Linfático / Hematológicas

Anemia S / N

Problemas de sangrado S / N

Si usted contestó sí a cualquiera de los anteriores, o tiene una condición que no figura, en este formulario explique:

MEDICAMENTOS

Tiene alguna alergia a medicamentos? S / N Explique: _____

Lista de medicamentos que toma (incluyendo los anticonceptivos orales, aspirina, medicamentos de venta libre y remedios caseros)

HISTORIA SOCIAL

Esta información es estrictamente confidencial. Sin embargo, es posible discutir esta parte directamente con el médico si usted prefiere.
 Sí, prefiero hablar de mi información de la historia social directamente con el médico.

Usted maneja? S / N En caso afirmativo, tiene dificultad visual cuando usted conduce? S / N Explique: _____

Usted utiliza los productos del tabaco? S / N En caso afirmativo, tipo, cantidad, y por cuánto tiempo _____

Bebe alcohol? S / N En caso afirmativo, tipo, cantidad, y por cuánto tiempo _____

Usa drogas ilegales? S / N En caso afirmativo, tipo, cantidad, y por cuánto tiempo _____

HISTORIA DE LA FAMILIA

Tenga en cuenta antecedentes familiares (padres, abuelos, hermanos, hijos, vivos o difuntos) para las siguientes condiciones:

Enfermedad o Condición

Relación

Ceguera	S / N	_____
Catarata	S / N	_____
Ojos bizcos	S / N	_____
Glaucoma	S / N	_____
Degeneración muscular	S / N	_____
Desprendimiento de Retina / Enfermedad	S / N	_____
Artritis	S / N	_____
Cancer	S / N	_____
Diabetes	S / N	_____
Enfermedad del corazón	S / N	_____
Presión arterial alta	S / N	_____
Enfermedad Renal	S / N	_____
Lupus	S / N	_____
Enfermedad de la Tiroides	S / N	_____
Otro	S / N	_____

Doctor Use Only

Reviewed by _____ Changes Yes / No Date _____

Reviewed by _____ Changes Yes / No Date _____

Reviewed by _____ Changes Yes / No Date _____

