

Cuestionario de Historia Médica

Por favor ayúdenos ayudando a contestar todas las preguntas a lo mejor de su conocimiento.
Medicare y las compañías de seguros comerciales requieren este formulario debe ser llenado completamente para recibir los beneficios.

+++++

Nombre del paciente: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: ___/___/___
(Apellido) (Primer) (Inicial)

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección Residencial: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
(# de Apartamento)

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Raza/Etnicidad _____ Lenguaje(s) que se habla en casa: _____

Paciente menor de edad, Nombre del Guardián: _____

Nombre de contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre de Aseguranza: _____ Numero de Grupo: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del médico que la(o) refirio: _____ Teléfono: _____

Fecha de último examen de vista: _____

+++++

¿Tiene actualmente algún problema en las siguientes áreas?

Ojos	Sí	No		Sí	No
Pérdida de visión	[]	[]	Dificultad para manejar	[]	[]
Mala visión nocturna	[]	[]	Secreción mucosa	[]	[]
Enrojecimiento	[]	[]	Cataratas previamente diagnosticadas	[]	[]
Cirugía del musculo ocular	[]	[]	Desprendimiento de retina	[]	[]
Visión borrosa	[]	[]	Infecciones recientes	[]	[]
Dificultad para leer	[]	[]	Dolor de ojos	[]	[]
Dificultar viendo televisión	[]	[]	Sensibilidad a la luz	[]	[]
Halos (Sombras)	[]	[]	Sensación de objeto en el ojo	[]	[]
Exceso de lagrimeo	[]	[]	Puntos o círculos negros flotantes	[]	[]
Pérdida de visión	[]	[]	Comezón, Ardor	[]	[]
Visión doble	[]	[]	Luces parpadeantes	[]	[]
Resequedad ojos arenosos	[]	[]	Ojos cansados	[]	[]
Síndrome de Sjogren	[]	[]			

¿Usa Lentes? _____ ¿Cuánto tiempo a tenido su par actual? _____

¿Usa lentes de contacto? _____ ¿Qué tipo? _____ ¿Por cuánto tiempo a tenidos su par actual? _____

Por favor continúe en la siguiente página

¿Por favor díganos en sus propias palabras que lo trae a nuestra oficina hoy?

Historial Médico: Si tiene ahora o en el pasado problemas en cualquiera de estos por favor incluya una breve descripción.

Fiebre, pérdida de peso _____

Oído, Nariz, Boca y Garganta _____

Alta presión sanguínea _____

Enfermedad del corazón _____

Respiratorio _____

Gastrointestinal _____

Genitourinario _____

Músculos, Huesos _____

Piel _____

Neurologico _____

Psiquiatrico _____

Endocrino _____

Hematológico/Linfático (Sangre) _____

Alérgico/Inmunológico _____

Por favor liste todas las cirugías mayores y enfermedades pasadas:

Por favor liste cualquier cirugía ocular (Lasik, Cataratas)

Nombre del Médico Primario o Internista: _____

Historial Familiar:

¿Hay algún problema de salud o enfermedad que corra en su familia? (Incluya cataratas, glaucoma, degeneración macular) Si es así, por favor indique la condición y el miembro de la familia.

Por favor continúe en la siguiente página

Historial Social:

¿Bebes alcohol? _____ ¿Si "sí", cuantos vasos al día? _____

¿Usas tabaco? _____ ¿Si "sí", cuánto diario? _____

¿Alguna vez ha usado tabaco? _____ ¿Si "sí", cuando / cuanto tiempo hace que dejo de usarlo? _____

¿Si usted era un usuario de tabaco, que métodos utilizo para dejar de usarlo? _____

¿Usas cafeína (café, té, soda)? _____ ¿Si "sí", cuanto al día? _____

¿Usas drogas ilegales? _____ ¿Realiza ejercicio regularmente? _____

¿Usas suplementos nutricionales / vitaminas? _____

Altura actual _____ Ft _____ In

Peso actual _____ Lbs.

Por favor liste todos los medicamentos que está usando actualmente. Incluya todas las dosis, medidas y su propósito:

USTED SABE, O ALGUNA VEZ HAS TOMADO FLOMAX? Sí No

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Si "sí", por favor liste todos. ¿Y qué tipo de reacción a tenido o tiene a cada medicamento?

Información de Farmacia: Por favor de proporcionarnos la información de donde más frecuente llena sus recetas.

Farmacia (o, Pedido por correo) Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Por favor continúe en la siguiente pagina

Reconozco que soy responsable de esta cuenta. Toda la información proporcionada por mí es a lo mejor de mi saber y entender, verdadera y completa, y cualquier información falsa o engañosa que yo proporcione a Des Plaines Eye Physicians & Surgeons, LTD, y todas sus entidades queda exenta de cualquier responsabilidad. Solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados se haga a mi o en mi nombre a la organización que se detalla a continuación para cualquier equipo o servicio que me proporcione esa organización. Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para determinar estos beneficios o a los beneficios pagaderos por equipos o servicios relacionados.

Firmar: _____ **Fecha:** _____

Firma del Médico: _____

**Des Plaines Eye Physicians and Surgeons, Ltd.
John W. Winkler, M.D.
940 Lee Street
Des Plaines, Il 60016
Telephone (847)299-5501
Fax(847)299-5505
goodeyes@att.net**