

SPENCER EYE CARE

CUESTIONARIO DE HISTORIA DEL PACIENTE

Fecha: _____ Fecha de Ultimo examen: _____
 Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
 Telefono: (Casa) _____ (Celular) _____ (Trabajo) _____
 Correo Electronico: _____
 Sexo: M/F Ocupacion del Paciente: _____ Relacion al miembro: Miembro Esposo/a Dependiente
 Nombre del miembro: _____ Numero de identificacion#: _____
 En caso de emergencia, Nombre y numero de telefono: _____

INFORMACION MEDICA

¿Como esta su salud general?: Pobre Mediano Bueno Excelente

Tienes algun problema con lo siguiente: **(Circule S para SI O N para NO)**

Nervios S/N	Dolor de cabeza S/N	Gastrointestinal S/N	Ojos/Nariz/Garganta S/N	Alergico/Inmunologica S/N
Mental S/N	Urinaria S/N	Cardiovascular S/N	Integumentario (piel) S/N	Endocrino (glandulas) S/N
Cancer S/N	Respiratorio S/N	Sangre/Linfa S/N	Musculos/Huesos S/N	Alta Presion S/N

Si marco SI, explique: _____

Diabetes S/N Tipo: _____ Insulina S/N Pildora S/N Fecha de Diagnostico: _____

Alergias S/N A que? _____ Reaccion: _____

Alergias a medicina S/N Cual? _____ Reaccion: _____

Problemas adicionales de salud: _____

Medicamentos actuales: _____

Nombre y numero de telefono de su Medico: _____

Fecha de ultima visita: _____ Fecha de ultima vacuna contra el tetanos: _____

HISTORIA FAMILIAR

Degeneracion Macular S/N Relacion al paciente: _____ Diabetes S/N Relacion al paciente: _____

Desprendimiento Retina S/N Relacion al paciente: _____ Glaucoma S/N Relacion al paciente: _____

Alta Presion S/N Relacion al paciente: _____ Cataratas S/N Relacion al paciente: _____

INFORMACION INDIVIDUAL DE LOS OJOS

Condiciones o problemas oculares? S/N Que tipo? _____

Ha tenido operacion de la vista? S/N Tipo: _____

Ha tenido alguna lesion ocular? S/N Tipo: _____

Glaucoma S/N Cataratas S/N Ojos Secos S/N Vision Borrosa S/N Degeneracion Macular S/N Desprendimiento de Retina S/N

Usa gafas? S/N Lentes de Contacto? S/N Tipo de pupilente: _____

Razon por su cita hoy? _____

Quien lo refirio? _____

ACTA DE PRIVACIDAD

De acuerdo con HIPPA, acepto que Spencer Eye Care me ha informado sobre el Aviso de Práctica de Privacidad.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o tutor: _____

DOCTOR USE ONLY

Reviewed by: _____ Any changes Y/N Date: _____

Reviewed by: _____ Any changes Y/N Date: _____

Reviewed by: _____ Any changes Y/N Date: _____