

AUSTIN RETINA ASSOCIATES PATIENT INFORMATION

NOMBRE: _____
 Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre
ASILO O DIRECCION POSTAL DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____

TELEFONO: CASA:() CELULAR: () TRABAJO:()

FECHA DE NACIMIENTO: / / EDAD: RAZA:

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) VIUDO(A) SEXO: MASCULINO FEMENINO

NUMERO DE LICENCIA ESTADO: NUMERO DE SEGURO SOCIAL:

EMPLEADOR: _____ **OCUPACION:** _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____

PADRES / CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELEPHONO:() CELULAR:()

NUMERO DE MEDICARE: _____ **NUMERO DE MEDICAID:** _____

COMPAÑIA DE SEGURO: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____

ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: ___/___/___ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO: _____ NUMERO DE GRUPO: _____ RELACION DEL PACIENTE: _____

OTRO NOMBRE DE COMPAÑIA DE SEGURO: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: ___/___/___ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

NUMERO DEL IDENTIFICAION DEL ASEGURADO: _____ NUMERO DE GRUPO: _____ RELACION DEL PACIENTE: _____

MEDICO DE REFEENCIA: (nombre) (apellido) _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____

MEDICO PRIMARIO: (nombre) (apellido) _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____

Yo autorizo a cualquier y todos los beneficios de seguro a cuales yo estoy permitido para servicios rendios por Austin Retina Associates. Yo estoy de acuerdo que es mí responsa bilidad de pagar cargos no cubiertos por mi seguro. Yo autorizo a cualquier poseedor de información media u otro que libre dicha información a La Admistración De Seguro, HCFA y sus filiales, y cualquier otros portadores de seguro o proveedores de asistencia médica, cualquier información necesaria para este u otro reclamo médico relacionado. Yo permito que se use una copia de esta autorización en el lugar de la original.

FIRMA: _____ FECHA: ___/___/___

Nombre: _____

Edad: _____

Historia Medica: Seleccione todo lo que le corresponda

Problemas de Visión

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> pérdida de visión de lado | <input type="checkbox"/> dolor |
| <input type="checkbox"/> manchas en blanco | <input type="checkbox"/> pérdida de visión nocturna | <input type="checkbox"/> cortina |
| <input type="checkbox"/> destellos | <input type="checkbox"/> borroso | <input type="checkbox"/> neblina |
| <input type="checkbox"/> flotadores | <input type="checkbox"/> visión doble | <input type="checkbox"/> deformación |
| <input type="checkbox"/> manchas | <input type="checkbox"/> pérdida repentina | |

Trauma: _____

Otro: _____

Cirugía de Ojos

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Catarata/Injerto | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> ¿Ojo izquierdo cuando? _____ |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> ¿Ojo derecho cuando? _____ | <input type="checkbox"/> ¿Ojo izquierdo cuando? _____ |
| <input type="checkbox"/> Láser | <input type="checkbox"/> ¿Ojo derecho cuando? _____ | <input type="checkbox"/> ¿Ojo izquierdo cuando? _____ |
| <input type="checkbox"/> Retina | <input type="checkbox"/> ¿Ojo derecho cuando? _____ | <input type="checkbox"/> ¿Ojo izquierdo cuando? _____ |

Otro: _____

Enfermedades y Condiciones: Nada

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal |
| <input type="checkbox"/> Infarto de corazón | | <input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular |
| <input type="checkbox"/> Embolio ¿Cuando?: _____ | | <input type="checkbox"/> El Sida |
| <input type="checkbox"/> Cancer ¿Que Tipo?: _____ | | <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón |
| <input type="checkbox"/> Diabetis ¿Cuanto tiempo?: _____ | | <input type="checkbox"/> Asma |

Otro: _____

Otras Cirugías Ninguna

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apéndice | <input type="checkbox"/> La vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Corazón.....¿tipo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Cancer...¿tipo? _____ |

Other: _____

Historia Social

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beber alcohol | <input type="checkbox"/> Fumaba anteriormente |
| <input type="checkbox"/> El uso de tabaco | <input type="checkbox"/> El uso de drogas ilegales |

Otro: _____

Alergias Ninguno

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Yodo |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Pez de concha |
| <input type="checkbox"/> Sulfa | Otro: _____ |

Por favor nombre todos sus medicamentos(incluya los que no requieran receta tambien)

Firma: _____ Fecha: _____

Revisión de Systemas NOMBRE _____ FECHA _____

1) Constitucional Fiebre sí no
Pérdida de Peso sí no
Otro sí no

2) Ojos Visión borrosa sí no Descarga sí no
Doble visión sí no Otro sí no
Dolor sí no

3) Oidos, Nariz, Boca, Garganta
Dolor sí no Pérdida del oír sí no
Masa sí no Olor sí no
Descarga sí no Otro sí no

4) Cardiovascular Dolor de Pecho sí no
Corto de respiración en esfuerzo sí no
Palpitaciones irregulares de corazón sí no
Otro sí no

5) Respiratorio Corto de respiración sí no Asma sí no
Tos sí no Otro sí no

6) Gastrointestinal Habitos de intestines/ cambios sí no Dolor de estomago sí no
Diarrea sí no Ulceras sí no
Estreñimiento sí no Otro sí no

7) Hemático/Linfático
Anemia sí no
Enfermedad de la sangre sí no
Sangrar Fácilmente sí no
Hinchazón de ganglios linfáticos sí no
Otro sí no

8) Musculoesqueléticos Debilidad sí no
Dolor de coyunturas sí no
Movimiento disminuido de las extremidades sí no
Otro sí no

9) Piel/Senos
Masa sí no Sarpullido sí no
Tumores sí no Otro sí no
Lesiones pigmentadas sí no

10) Neurológico Debilidad sí no Adormecimiento sí no
Hormigueo sí no Otro sí no

Firma del paciente _____