

Historial Medico

Fecha _____

Primer Nombre _____	Apeido _____	Fecha de Nacimiento _____	M / F _____
SSN: _____	Direccion _____		
Ciudad _____	Estado _____	Codigo Postal _____	
Telefono (casa) _____	Telefono (cell) _____	Correo Electronico _____	
Empleador _____	Ocupacion _____	Aficiones _____	
En caso de emergencia contactar _____			
Numero telefonico en caso de emergencia _____			
Ultimo examen de sus ojos _____		Ultimo examen del ojo dilatado _____	

Informacion Medica Personal: Tiene problemas con algunos de lo siguiente?

Si tiene uno de estos por favor de marcarlo:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Alta Presion/ Corazon | <input type="checkbox"/> Diabetis |
| <input type="checkbox"/> Sistema Nervioso | <input type="checkbox"/> Musculos | <input type="checkbox"/> Dolores De Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Oidos/Nariz/Garganta | <input type="checkbox"/> Sangre | <input type="checkbox"/> Sistema Inmunologico |
| <input type="checkbox"/> Systema Urinario | <input type="checkbox"/> Respiracion | <input type="checkbox"/> Alergia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicologico | <input type="checkbox"/> Piel | _____ |

Cirugias (Tipo y Fecha) _____

Esta en buena condicion medica? Si No

Tiene reaccion a un medicamento o sustancia? Si No

Si indico si porfavor indique el nombre _____

Nombre de su doctor general _____

Direccion de su doctor general _____

Porfavor circule Si o No

Fuma? Si No Cuanto? _____

Toma Alcohol? Si No Cuanto? _____

Toma Medicamento? Si No Lista de los nombres y dosis _____

Usa alguna otra sustancia? Si No

Tiene antecedentes familiares de cualquiera de los siguientes?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Degeneracion Macular |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina |
| <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Cataratas |

Porfavor explique lo que indico _____

Tiene alguno de los siguientes?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ojos Rojos | <input type="checkbox"/> Ojo seco: Usa gotas lubricantes _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugia de los ojos: _____ | <input type="checkbox"/> Lesiones oculares |
| <input type="checkbox"/> Usa lentes | <input type="checkbox"/> Usa contactos |
| <input type="checkbox"/> Vision borrosa | |

Tiene problemas en los ojos en este momento? Porfavor explique:

Esta interesado en la correccion de la vision con laser? Si No

A quien le podemos agradecer por referirlo? _____

Porfavor, firme abajo que ha revisado toda la informacion y que es correcta.

Firma

Fecha

AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE RECONOCIMIENTO

Yo entiendo que, bajo la Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPPA), Y tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi informacion de salud protegida. Entiendo que esta informacion puede y sera utilizada para:

- Llevar acabo, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los multiples proveedores de atencion medica que puedan estar involucrados en el tratameinto directamente.
- Obtener pago de terceros contribuyentes.
- Llevar acabo normalmente las operaciones de salud tal como evaluaciones de calidad y certificacion de medico.

Yo reconozco que he recibido su Aviso sobre Practicas de Privacidad que contiene una descpripcion mas completa de los usos y revelaciones de mi informacion de salud. Entindo que esta organizacion tiene el derecho de cambiar su Aviso de practicas de privacidad de vez en cuando y que puede llevar acabo esta organizacion en cualquier momento en la direccion anterior para obtener una copia actualizada del Aviso de Practicas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito en como mi informacion puede ser usada o revelada para llevar acabo tratamiento, pago o opciones de atencion medica. Tambien entiendo que no estan obligados a acceder a mi solicitud de restricciones, pero si usted esta de acuerdo, entonces estan obligados a respetar estas restricciones.

Nombre del Paciente: _____

Relacion con el Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

USO DE OFFICINA SOLAMENTE

Trate de obtener la firma del paciente en el reconocimiento de este Aviso de Practicas de Privacidad, pero no pudo hacerlo como se documenta a continuacion.

Date:	Initials:	Reasons:
-------	-----------	----------