

Formulario De Historial Medico

Fecha: ___/___/___

Nombre del seguro medico: _____

Nombre _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Infantil(Tutor): _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____

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

Dirección: _____ Ciudad/ Pueblo: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono: _____ Numero Alternativo: _____

Empleo: _____ Ext.: _____ Ocupación: _____

Sexo: _____ M _____ F Estado Civil: S/C

Información Historial del Paciente

***Importante:** Un motivo de consulta incluye pérdida de visión, dolor ocular, sensibilidad a la luz, presión, parpadeos, flotadores o adicional.

Durante su visita de hoy por favor marque con un círculo si desea una receta para: Espejuelos/ Lentes de Contactos

¿Has utilizado espejuelos/lentes? S/N Si es así, ¿Cuantos años lleva con sus lentes actuales? _____ años

¿Has utilizado lentes de contactos? S/N Si es así, ¿Cuantos años lleva con sus contactos? _____ años

¿Tipo de contactos? _____

Medicamentos:

Por favor, indique todos los medicamentos que está tomando y lo que son para: _____

Por favor anote cualquier alergia a los medicamentos que usted está enterado de: _____

¿Quién es su Doctor primario? _____ Fecha de su última visita: _____

¿Quién fue su última optometrista? _____ Fecha de su último examen de vista: _____

Estilo de Vida:

Que palabra utilizaria para describir como se siente sus ojos al final del dia? _____

Hay alguna Actividad ene especifica que sienttes que esta limitado por su vision? _____

Si pudiera cambiar sus lentes actuales que cambiaria? _____

Qué porcentaje de su día le dedicas al aire libre? _____

Hay alguna actividad especial o de interes que deberiamos saber? (Piano, paseos en barcos ect.) _____

Aproximadamente cuantas horas pasa de frente de un dispositivo electronico? _____
(computadora, tabletas electronicas, telefonos inteligentes)

Información médica: Por favor, coloque una marca en el espacio en blanco si la condición descrita se aplica a usted.

Alergias: ¿Alergias estacionales? _____ ¿Picazón en los ojos? _____ ¿Sinusitis crónicas? _____

Músculos Oculares: ¿Estrabismo (ojo desviado)? _____ ¿Prisma en sus espejuelos? _____ ¿Visión doble? _____
¿Alguna vez tuviste la terapia visual? _____

Salud Médica: ¿Presión arterial alta? _____ ¿Diabetes? _____ ¿Colesterol alto? _____ ¿La tiroides? _____
¿Asma o problemas pulmonares? _____ ¿Artritis? _____ ¿VIH o SIDA? _____

Salud Ocular: ¿Glaucoma? _____ ¿Tiene la ambliopía (ojo perezoso)? _____ ¿Acuosa / ardor en los ojos? _____
¿Cataratas? _____ ¿Cirugía de los ojos? _____ ¿Desprendimiento de retina? _____
¿Arenoso o arena Sentirse en los ojos? _____

Historia Familiar: ¿Glaucoma? _____ ¿Diabetes? _____ ¿La pérdida de la visión? _____
¿Degeneración Macular? _____ ¿Alta presión arterial? _____

Óptico: ¿Tiene problemas con el resplandor? _____ ¿Trabajar en un computador? _____
¿Participa en deportes? _____ ¿Visión borrosa con lentes actuales? _____

Neurológico: ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? _____ ¿Migrañas? _____
¿Alguna vez has tenido un traumatismo craneal? _____

***IMPORTANTE**

La Junta de Optometría de la Florida ha establecido que un examen completo de los ojos de un nuevo paciente incluye un examen del fondo de ojo dilatadas. Este procedimiento consiste en colocar una o más gotas en cada ojo que dilatar las pupilas. El médico entonces estudiara las estructuras internas del ojo para asegurar la salud adecuada. Las gotas causan que los ojos sean sensible a la luz y la visión sea borrosas, el procedimiento puede tardar durante 4-6 horas apara aclarar. En algunas personas los efectos serán más largos .Conducir puede ser difícil y debe hacerse con extrema precaución. _____ **Acepto que mis ojos sean dilatados.** _____ **No Acepto que ojos sean dilatado.**

LEY DE PRIVACIDAD HIPAA(RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD)

Al firmar este documento afirmo que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad (la "Notificación") o HIPAA; Reconozco y acepto que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad para mi revisión y para mantener en mis registros para la fecha indicada a continuación. Entiendo que la ubicación puede utilizar y divulgar mi información salud personal necesaria (por ejemplo: mi nombre, dirección, número de identificación del seguro/plan médico, información del examen de la vista o de los productos previsto) a una tercera identidad para permitir la ubicación de cumplir sus funciones administrativas, para proporcionarme servicios de atención oftálmica y productos, procesamiento de reclamos de beneficios de visión y comunicarse conmigo respecto a los servicios de visión prestados por la ubicación (por ejemplo: envíos de recordatorios de examen o información sobre los servicios y productos ofrecidos por la ubicación. Puede estar seguro de que esta ubicación no va vender su información de salud personal de ningún tipo, a terceros para el uso propio de dicha identidad. Yo autorizo a la ubicación a presentar mi reclamo de beneficios de la vista a mi patrocinador del plan o plan de salud para recibir el reembolso directamente de los servicios y productos de la visión que he recibido de la localización.

Firma del paciente o Representante legal: _____ **Fecha:** _____

Firma del Médico: _____ **Fecha:** _____