

Nombre: \_\_\_\_\_

Cuenta #: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ IS: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_(\_\_\_\_\_) Trabajo: \_(\_\_\_\_\_) Cel.:\_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Contacto Preferido#:  Casa  Trabajo  Cel. Estado Civil:  Sol  Cas  Div  Viu  Sep

NSS: \_\_\_\_\_ FECHA NAC.: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Idioma Preferido:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Facturación: \_\_\_\_\_

Dirección de Email: \_\_\_\_\_ Empleador/Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Residente Tiempo Completo?  S  N Si "No", Otra Dirección: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

A quién podemos agradecer por referirle a usted a nuestra consulta:

- Familiar/Amigo
- Seguros
- Redes Sociales
- Doctor: \_\_\_\_\_
- Página web
- Otro: \_\_\_\_\_
- Empleador

**GARANTE O RESPONSABLE:**  Yo (Paciente)  Otro (si el paciente es un menor)

Si Otro, Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ IS: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_(\_\_\_\_\_) Trabajo: \_(\_\_\_\_\_) Cel.:\_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

FECHA NAC.: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA** (Distinto del teléfono indicado arriba)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_(\_\_\_\_\_) Trabajo: \_(\_\_\_\_\_) Cel.:\_(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**SEGURO MÉDICO PRIMARIO**

Compañía: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

Nombre de Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ FECHA NAC.: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**SEGURO MÉDICO SECUNDARIO**

Compañía: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

Nombre de Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ FECHA NAC.: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**SEGURO DE VISIÓN**

ID#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_ Nombre de Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

FECHA NAC.: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

Por favor, marque S o NO si tiene o ha tenido alguna de las siguientes opciones:

- |                            |                            |  |                            |                            |  |
|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Cáncer - Tipo  | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Colesterol Alto  |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Tomado Flomax / Hytrin / Cardura   | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Enfermedad de Tiroides   |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Presión Arterial Alta  | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Diabetes -- <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Insulina |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Apoplejía / ACV  | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | GERD (ERGE)  |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Enfermedad Cardíaca / Sople  | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Enfermedad Renal   |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Ataque Cardíaco  | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Cálculos Renales   |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Insuficiencia Cardíaca Congestiva  | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Enfermedad Hepática  |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Arritmia / Palpitaciones   | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Hepatitis -- <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C              |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Asma   | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Enfermedad Autoinmune - Tipo   |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | COPD (EPOC)  | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Enfermedades Infecciosas   |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Migrañas   | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Demencia / Pérdida de Memoria  |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Artritis   | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | MRSA (EARM)  |
| <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | Apnea de Sueño - ¿Usa un CPAP? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |                            |                            |  |

¿Ha recibido la vacuna contra la neumonía?  S  N

¿Ha fumado alguna vez?  S  N - ¿Todavía fuma?  S  N

¿Bebe alcohol?  S  N -  Diario  Ocasional  Raro

**CIRUGAS**

Por favor, marque la casilla si se ha sometido a alguna de las cirugías indicadas a continuación:  Ninguna Operación  Cirugía de Cataratas

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bypass                 | <input type="checkbox"/> Prótesis de Cadera | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía      | <input type="checkbox"/> LASIK / RK                  |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos             | <input type="checkbox"/> Próstata           | <input type="checkbox"/> Apendicectomía     | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina   |
| <input type="checkbox"/> Stents Cardíacos       | <input type="checkbox"/> Colostomía         | <input type="checkbox"/> Vesícula Biliar    | <input type="checkbox"/> Trasplante de Córnea        |
| <input type="checkbox"/> Sustitución de Rodilla | <input type="checkbox"/> Mastectomía        | <input type="checkbox"/> Cirugía de Espalda | <input type="checkbox"/> Procedimiento para Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____           |   |   | <input type="checkbox"/> Procedimiento de Párpados   |

**OTROS DIAGNÓSTICOS OCULARES**

¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades/trastornos oculares?

- |   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cataratas            | <input type="checkbox"/> Retinopatía Diabética   | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Córnea | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> Ambliopía / Ojo Vago    | <input type="checkbox"/> Otro |

**ALERGIAS**

Sí -- Indíquelo a continuación  Sin Alergias Conocidas ¿Alergia al Látex?  Sí  No


**MEDICAMENTOS**

Indique los medicamentos que toma, con o sin prescripción; puede proporcionar una lista si la tiene:


**HISTORIA FAMILIAR**

¿Tiene algún antecedente FAMILIAR de: (Madre, Padre, Hermanos, Abuelos)

*NOTE: Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published online prevails.*

Diabetes       S     N  
Glaucoma      S     N  
Degeneración Macular     S     N  
Ceguera       S     N  
Adoptado/Desconocido     S     N

Quién: \_\_\_\_\_  
Quién: \_\_\_\_\_  
Quién: \_\_\_\_\_  
Quién: \_\_\_\_\_

# **REVISIÓN DE SISTEMAS**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Por favor, marque todo lo que corresponda a su salud **actual** y **pasada**.  
Las casillas que no se marquen se considerarán como una respuesta negativa.

## **General / Constitucional**

- Salud General
- Pérdida / Aumento de Peso
- Fatiga
- Fiebre y escalofríos
- Debilidad

## **Tegumentario (Piel)**

- Cáncer de Piel
- Sarpullido
- Moretones
- Crecimientos sospechosos
- Picazón

## **Oídos/Nariz/Boca/Garganta**

- Boca Seca
- Dolor/infección senos nasales
- Zumbido en oídos
- Vértigo
- Usa aparato auditivo

## **Respiratorio**

- COPD (EPOC)
- Asma
- Enfisema
- Uso de Oxígeno
- Dificultad para respirar

## **Cardiovascular**

- Dolor de pecho
- Hipertensión
- Ataque cardíaco
- Cirugía cardíaca
- Palpitaciones

## **Gastrointestinal**

- Acidez / Reflujo ácido
- Diverticulitis
- Náuseas
- Hernia
- Úlceras

## **Musculoesquelético**

- Artritis
- Dolor de espalda
- Inflamación de articulaciones
- Rigidez
- Dolor muscular/articular

## **Neurológico**

- Pérdida de memoria
- Dolores de cabeza
- Enfermedad de Parkinson
- Convulsiones
- Temblores

## **Endocrino**

- Diabetes
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Micción frecuente
- Sed excesiva

## **Psiquiátrico**

- Ansiedad
- Depresión
- Estrés

## **Alergias / Inmunológico**

- Reacción alérgica a medicamentos
- Alergia a alimentos
- Alergias estacionales / ambientales
- Enfermedad autoinmune

¿Otras afecciones o problemas médicos no mencionados?

---

---

---

**X** \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Padre o Tutor

Fecha

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cuenta#: \_\_\_\_\_

## **FORMULARIO DE EVALUACIÓN VISUAL Y CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA**

Ocupación: \_\_\_\_\_

Aficiones: \_\_\_\_\_

Marque con un círculo el grado de dificultad que tiene para realizar las siguientes actividades debido a su visión.

### **Evaluación de la Visión Funcional**

### **Marque Uno**

¿Le gustaría depender menos de anteojos?	De lejos	De cerca	Ambos	
Dificultad para ver señales de la calle o manejar (aceras, salidas de autopista, semáforos, halos/deslumbramiento de luces)	No	Un poco	Moderada	Severa
Dificultad al ver televisión o películas (caras, números, texto)	No	Un poco	Moderada	Severa
Dificultad para leer letra pequeña con anteojos (libros, periódicos, envases de pastillas, instrucciones, celular)	No	Un poco	Moderada	Severa
Dificultad para realizar trabajo detallado (coser, enhebrar aguja o anzuelo)	No	Un poco	Moderada	Severa
Dificultad para correspondencia personal (escribir cheques, leer facturas, llenar formularios)	No	Un poco	Moderada	Severa
Dificultad para actividades de ocio (jugar cartas, bingo, bolos, golf)	No	Un poco	Moderada	Severa
Dificultad para desenvolverse en casa (cocina, mantenimiento general del hogar, escaleras, teléfono)	No	Un poco	Moderada	Severa
Dificultad para reconocer caras de personas (iglesia, supermercado, clubes, otras actividades diarias)	No	Un poco	Moderada	Severa

**Marque con un círculo las actividades que preferiría realizar con menos dependencia de anteojos:**

Leer	Ver envases de pastillas	Ver un menú	Ver el reloj	Usar teléfono celular	
jugar cartas o juegos de mesa	Costura		Ponerse maquillaje	Usar computadora	
Ver tablero del auto	Ver precios/etiquetas		Compras	Bingo	Manejar
Practicar deportes, como el golf	Ver televisión	Mirar deportes en vivo	Ir al cine	Natación	

**X** \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Padre o Tutor

Fecha

ATTENTION: If you speak English or American Sign Language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Please speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Por favor hable con su proveedor

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Bitte sprechen Sie mit Ihrem Provider.

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。请与您的提供商联系。

注意：如果您說[中文]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請與您的提供者聯絡。

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Hãy nói chuyện với nhà cung cấp của bạn.

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Veuillez en parler à votre fournisseur.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Пожалуйста, поговорите со своим провайдером.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متوفرة متاح لك. المساعدات والخدمات المساعدة المناسبة لتوفير المعلومات التنسيقات التي يمكن الوصول إليها متاحة أيضًا مجانًا. يرجى التحدث إلى مزود الخدمة الخاص بك.

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 귀하의 서비스 제공자에게 문의하십시오.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Makipag-usap sa iyong provider.

ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di parlare con il proprio fornitore.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Tanpri pale ak founisè w la.

ማሳሰቢያ፡- ለማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጽ ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። ለባዎን አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि दनःशुल्क भादषक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पढ्न योग्य ढुंढाहरूमा जानकारी प्रिन्टिङ्ग नउपयुक्त सहायता र सेवाहरू पढन दनःशुल्क उपलब्ध छन्। कृपया आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

MAKINIKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa pia inapatikana bila malipo. Tafadhali zungumza na mtoa huduma wako.

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪੜ੍ਹਨਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。プロバイダーにご相談ください。

توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان رایگان است در دسترس شماست. کمک‌ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس هستند. لطفاً با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Thov nrog koj tus kws kho mob tham.

ATENÇÃO: Se você fala [inserir idioma], serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Por favor, fale com seu provedor.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने प्रदाता से बात करें।

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Proszę porozmawiać ze swoim dostawcą.

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ براہ کرم اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔