

Nueva Historia Médica Del Paciente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dirreccion _____ Correo Electronico _____

Ciudad-Codigo Postal _____ Nombre de Doctor Primario _____

Telefono Movil _____ Trabajo _____ Hogar _____

Contactos preferidos para mensajes (marcar todos los que aplican): Movil Trabajo Hogar Texto Correo electronico

Medicamentos que esta tomando: Ninguno _____

Alergias a medicamentos: Ninguno _____

Importantes lesiones, cirugias o hospitalizaciones: _____

Para mujeres, usted esa embarazada o en lactancia? Si No

Tiene usted o algún miembro de su familia cualquiera de los siguientes oculars o problemas medicos?

	Nada	Yo	Familia		Nada	Yo	Familia
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes o intolerancia a la glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stabismus o cruzados ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas cardiacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambliopia o ojo perezoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____				Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades de los ojos?

	Nada	Yo		Nada	Yo
Sequedad o ardor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación arenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagrimo excesivo o llorosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rojez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parpadea o flotante en la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deslumbramiento o sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____			Cirugía ocular previa? _____		

Tiene usted alguna de las siguientes condiciones médicas?

	Nada	Yo		Nada	Yo
Alergias o fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión o ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de la sangre o anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficit de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Astma o enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condición autoimmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____			Usted fumar? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA FIRMA SEGUROS EN ARCHIVO

Yo autorizo a Sandra Davidson, OD, Inc, para ayudarme a obtener el pago de mi seguro y solicito que el pago de estos beneficios se hagan en mi nombre a ella por los servicios y materiales suministrados. Entiendo que soy responsable de todos los servicios y materiales proporcionados, incluso si mi seguro no paga según lo esperado.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

PROVISION DE LOS RESULTADOS DE LA EXAMINACION

Yo autorizo a Drs. Davidson o Keltner para enviar un informe de mi examen a mi médico, refiriéndose médico o profesional de salud en referencia. También autorizo a Drs. Davidson o Keltner para discutir los resultados de mi examen a las siguientes personas.

Nombre _____	Relacion _____
_____	_____
_____	_____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

He recibido Sandra Davidson, OD, Inc's Política de confidencialidad del paciente.

Firma del Paciente _____ Fecha _____