

Cuestionario de Historial Médico

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Género Masculino Femenino

Notificación de HIPAA y Reconocimiento de Aviso

Reconocimiento: Reconozco que he recibido y leído el Aviso de Prácticas de Privacidad. Si No

Aviso al Paciente

Un examen óptico rutinario (cubierto por planes de seguro visual) cubren la prescripción para las siguientes condiciones ópticas: Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo y Presbicia. Todas las causas de deficiencia en la vision, así como otros problemas y padecimientos (tales como los mencionados anteriormente), podrán ser cobrados al paciente después de ser discutidos con el Doctor y pueden resultar en cobros más elevados.

Dolencias Principales – Ojos - Experimenta alguno de los siguientes síntomas:

Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Encandilamiento/sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ardor	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Comezón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Vista distorsionada/aureolas alrededor de la luz	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Pérdida de vista lateral	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Visión doble	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Pérdida de la vista	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Resequedad en los ojos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Lagañas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ojos llorosos/lagrimeo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor en los ojos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Sensación arenosa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Destellos de luz/ápices en la vista	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Ojos cansados	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sensación de traer algo en el ojo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			

¿Ha habido algún cambio en su visión después de su último exámen? Si No

Si la respuesta es si, favor de explicar: _____

Condiciones Oculares - Experimenta alguno de los siguientes síntomas:

Cataratas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Infección del ojo o párpado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Estrabismo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Ojo perezoso	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Párpado caído	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Ojos prominentes/saltones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Lesión en el ojo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la retina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Orzuelo o quiste	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Historial Médico

¿Padece alergias? En los ojos Otro tipo

¿Es alérgico(a) a algún medicamento? Si No Si es alérgico(a), explique: _____

¿Que medicamentos toma? (incluyendo anticonceptivos orales, aspirina, medicamentos sin receta médica y suplementos herbarios): _____

Enumere todas las lesiones, cirugías y hospitalizaciones principales: _____

¿Está embarazada? Si No

¿Está amamantando? Si No

¿Usa lentes? Si No ¿Si usa lentes, cuanto tiempo tiene con ellos? _____

¿Usa lentes de contacto? Si No ¿Si usa lentes, cuanto tiempo tiene con ellos? _____

Tipo de lentes de contacto Duros Suaves Extendidos Otro tipo ¿Son cómodos? Si No

¿Usa sus contactos más de lo recomendado? Si No

¿Duerme con sus lentes de contacto puestos? Si No

¿Si así lo hace, cuanto tiempo dura con los lentes de contacto puestos? _____

I have received my previous Medical History Questionnaire and there are no changes.

Initial Date Initial Date

I have initial / dated next to any changes from my previous visit.

Initial Date Initial Date



Historial Familiar

Enfermedad/Condición

Relación con usted

Ceguera	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ?	_____
Cataratas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ?	_____
Estrabismo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ?	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ?	_____
Degeneración macular	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ?	_____
Desprendimiento/enfermedad de la retina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ?	_____
Artritis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ?	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ?	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ?	_____
Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ?	_____
Presión alta (Hipertensión)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ?	_____
Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ?	_____
Lupus	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ?	_____
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ?	_____
Otras enfermedades	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> ?	_____

Historial Vida Social

Ésta información es confidencial, sin embargo usted puede discutir esta parte con su médico si así lo prefiere.

Si, prefiero discutir mi historial de vida social directamente con mi doctor. (Marque su respuesta)

¿Maneja? Si No ¿Tiene dificultad para ver al manejar? Si No

Explique: _____

¿Consumo tabaco? Si No ¿Que tipo/cantidad/por cuanto tiempo? _____

¿Consumo alcohol? Si No ¿Cada cuanto? _____

¿Consumo drogas? Si No ¿Que tipo de droga/cantidad/desde cuando? _____

¿Ha estado expuesto(a) o infectado con HIV? Si No

Historial Clínico

¿Actualmente padece o ha padecido lo siguiente?

ALERGIA Si No

CARDIOVASCULAR

Problemas del corazón Si No

Presión alta Si No

DE METABOLISMO

Fiebre Si No

Pérdida de peso Si No

Subida de peso Si No

CRANIAL/FACIAL

Tos crónica Si No

Boca seca Si No

Infección del oído Si No

Sinusitis Si No

ENDOCRINO

Diabetes Si No

Tiroides/otras glándulas Si No

GASTROINTESTINAL

Estreñimiento Si No

Diarrea Si No

Hepatitis Si No

GENITOURINARIO

Vejiga Si No

Higado Si No

HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO

Anemia Si No

Hemorragias Si No

INMUNOLÓGICO

Sífilis Si No

DE LA PIEL

Si No

MUSCULAR/ESQUELETICO

Artritis/reumatismo Si No

Dolor en las articulaciones Si No

Dolor muscular Si No

NEUROLÓGICO

Dolor de cabeza Si No

Migraña Si No

Convulsiones/epilepsia Si No

PSIQUIÁTRICO

Si No

RESPIRATORIO

Asma Si No

Bronquitis Si No

Enfisema Si No

Nuestros doctores realizan dilataciones pupilares y pruebas de campo visual. Estos exámenes le permiten a nuestros doctores descartar enfermedades de la retina y revisar si existen cataratas, degeneración macular, glaucoma y otro tipo de enfermedades de la vista que pudieran implicar pérdida de la vista. Se realizará un cargo adicional de \$30.00 para efectuar estos exámenes. Este servicio pudiera no tener cobertura por parte de su plan de seguro médico.

Por favor marque uno:

Efectuar exámenes hoy Programaré estos exámenes después Seguiré la recomendación del doctor

Los honorarios médicos deberán pagarse al efectuarse el servicio y no son reembolsables.

Gracias por otorgar a Nationwide Vision el privilegio de cuidar de la salud de sus ojos y necesidades de la vista.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____