

Dr. Paulina TuQuyen Han

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Dirección: _____ **SEX:** M / F
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
Numero de Casa: _____ **Securo Social #:** _____
Numero Celular: _____ **Ocupación:** _____
Podemos Textiarle: S / N **Estado matrimonial:** Soltero/a / Casado/a / Divorciado/a / Viudo/a
Correo Elec: _____ **A Quien Podemos Agradecerle Por Refirirlo?:** _____
Contacto de Emergencia: _____ **Comunicación Preferido:** Correo elec / Texto / Postal / Telefono
Idioma preferido: _____

Raza: Native American/Native Alaskan / Hawaiian/Other Pacific Islander / Africano Americano
Americano / Hispano / Chino / Otro: _____

Etnicidad: Hawaiian/Other Pacific Islander / Hispano/Latino / No Hispano/Latino

INFORMACIÓN de ASEGURANSA: VSP / Eyemed / Davis Vision / MES / Medicare / Medi-Cal / Otro: _____

Es usted el miembro primario?: SI / NO

Si **NO**, por favor indique el nombre del miembro, la fecha de nacimiento, y ssn #: _____

Motivo de la visita de hoy: Visita médica Examen anual Otro: _____

Fecha de último examen de ojarlar: _____ **Fecha de última dilatacion:** _____

Por favor circule todo lo que aplique a usted:

Visión borrosa	La fluctuación en la visión	Ojos cansados	Flashes / Flotadores
Ojos secos	Ha tenido LASIK?	Frotarse los ojos	La fatiga corporal
Ojo vajo	Cuando: _____	Ojos que arden	Disminución de la concentración
Sensibilidad a la luz	Mala visión nocturna	Dolor de cabeza	Visión doble

Usted utiliza? un teléfono celular / tableta / la computadora / leer libros (por favor marque todo lo que aplica)

En caso afirmativo, indique cuantas horas por día que usted usa cada actividad? _____

Si usted está recibiendo los lentes de contacto hoy, por favor marque la respuesta que le corresponda:

Primera vez? Anterior usador? Qué tipo de lentes es lo que a usado : Sólido / Suave: _____

Dilatación hace que sus pupilas grande para que el médico pueda tener una mejor vista de la salud ocular interna. Puede causar visión borrosa en cerca con una mayor sensibilidad a la luz durante 3-5 horas. El efecto variará con diferentes pacientes. Si usted es diabético, tiene la presión arterial alta o colesterol alto, son muy corto de vista, están tomando ciertos medicamentos, o no han tenido sus ojos dilatados en los últimos 2-3 años, se recomienda encarecidamente la dilatación.

Gustaria tener sus ojos dilatados? SI / NO

Asistencias Fotografía de la Retina en la detección y tratamiento de las enfermedades como la degeneración macular, retinopatía hipertensiva, enfermedad del nervio óptico, los cambios diabéticos y agujeros retinianos o adelgazamiento. También se utiliza para documentar las anomalías de la enfermedad que afectan al ojo. **Quiere que le agamos ejecutar una fotografía de la retina ? (\$29)** SI / NO

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o otra información necesaria para procesar esta reclamación.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por mi seguro. También reconozco que se me ha dado la Notificación de Prácticas de Privacidad y entiendo los términos del cumplimiento HIPPA.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre del padre o tutor (Si menor de edad): _____

Relación del representante a paciente : _____

HISTORIA DE SALUD

NOMBRE: _____ FECHA NACIMIENTO: _____

NOMBRE DE DOCTOR PRIMARIO: _____ FECHA DE ULTIMA VISITA: _____

MEDICINA/HISTORIA FAMILIAR (si necesita más espacio para escribir, por favor dejenos saber): _____

Por favor enliste todos medicamentos que este tomando (incluir de mostrador, vitaminas y medicamento casero o herbal): _____

Enlistar las cirugías mayores (cirugía ocular incluido): _____

Enliste cualquier reacción alérgico a medicamentos o gotas para los ojos: _____

Por favor, indique si alguna de las condiciones se aplican a usted o un miembro de la familia:

Enfermedad/Condición	Usted		Parientes		Relación
	SI	NO	SI	NO	
Catarata / Ceguera	•	•	•	•	_____
Turno de ojos	•	•	•	•	_____
Glaucoma	•	•	•	•	_____
Degeneración Macular	•	•	•	•	_____
Desprendimiento de Retina	•	•	•	•	_____
Hipertensión	•	•	•	•	_____
Colesterol Alto	•	•	•	•	_____
Diabetes	•	•	•	•	_____

Otra Condición: _____

Para mujer : Está embarazada? SI / NO

Estás dando pecho? SI / NO

Revisión de sistemas : Por favor, indique a continuación si usted tiene o alguna vez ha tenido problemas con las siguientes condiciones:

Alérgica/Inmunológicas

- Lupus (SLE)
- Artritis Reumatoide
- Las alergias estacionales

Cardiovascular

- Hipertensión
- Colesterol Alto
- Enfermedad del corazón
- Enfermedad vascular

Constitucional

- La pérdida de peso/gainganancia de peso
- Fiebre
- Fatiga
- Trauma

Social

- Uso de Tobacco: Nunca _____ Presente _____ Anterior _____ Cuando _____
- Drogas No Prescritas: SI / NO _____
- Alcohol: Nada _____ Social _____ Pesado(a) _____

Liste cualquier otra condición que pueda tener, que no están en la lista: _____

- Si usted no tiene ninguna condición, por favor marque **NINGUNO** aquí.

Por favor firme abajo para certificar que la información es actual y hasta a la fecha, y que haya respondido a las preguntas anteriores en la medida de su conocimiento:

Firma: _____

Fecha: _____

Las iniciales del médico: _____