



Community Health Connections

We take great care of you!

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES DE OPTOMETRÍA

La fecha de hoy: _____

¿Cómo nos conoció? Página web Anuncio en el autobús Evento Familiares/amigos Boca a boca Otro _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de seguro social: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono de trabajo: _____ Teléfono móvil: _____

Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

¿Tiene usted un seguro de médico? Sí No

Nombre de la compañía de seguro médico: _____

Suscriptor: _____ ID de Miembro: _____

¿TIENE UN PLAN DE VISIÓN SEPARADO (COMO EYEMED, DAVIS VISION, VSP O SPECTERA?) Sí No

Nombre de la compañía de visión: _____

ID de miembro: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

He completado este formulario y certifico que soy el paciente o el agente debidamente autorizado del paciente.

Entiendo que soy responsable del pago de los servicios que mi seguro no cubre.

FIRMA: _____ FECHA: _____

CUESTIONARIO DE SALUD

Por favor llénelo completamente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

MEDICACIÓN	REACCIÓN A LA MEDICACIÓN	AÑO

LISTA DE MEDICAMENTOS QUE TOMA (incluya los que no requieren receta médica)

NOMBRE DE LA MEDICACIÓN	FUERZA	CON QUE FRECUENCIA LA TOMA

POR FAVOR, INDIQUE LAS CIRUGÍAS Y ENFERMEDADES GRAVES, INCLUYENDO LAS CIRUGÍAS OCULARES

CIRUGÍA/ ENFERMEDADES	AÑO	HOSPITAL Y ESTADO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

POR FAVOR, MARQUE SI HA TENIDO O TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES:

<input type="checkbox"/> GLAUCOMA
<input type="checkbox"/> DIABETES DE INICIO EN LA EDAD ADULTA (USO DE INSULINA)
<input type="checkbox"/> DIABETES DE INICIO EN LA EDAD ADULTA (SIN USO DE INSULINA)
<input type="checkbox"/> HIPERCOLESTEROLEMIA (COLESTEROL ALTO)
<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN (PRESIÓN ARTERIAL ALTA)
<input type="checkbox"/> AVC (ACCIDENTE CEREBROVASCULAR)
<input type="checkbox"/> DEGENERACIÓN MACULAR
<input type="checkbox"/> DESPRENDIMIENTO DE RETINA, AGUJERO O DESGARRO

INDIQUE A CONTINUACIÓN CUALQUIER ENFERMEDAD FAMILIAR IMPORTANTE

MIEMBRO DE LA FAMILIA	ENFERMEDAD	VIVO O FALLECIDO

HÁBITOS

Nunca ha sido fumador Ex fumador Fumador actual # de cigarrillos al día _____

No bebe alcohol ¿Bebe alcohol con qué frecuencia? Diariamente Semanalmente Mensualmente

Algunas veces al año

¿Cuál es el número promedio de bebidas que consume cuando bebe? _____

ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA PREVIA:

¿Tuvo un oftalmólogo anteriormente? Sí No

Nombre: _____

Lugar/Ubicación: _____