



Angel Oak Eye Center

Hombre Mujer

Solo Casado Divorciado Enviudado

Fecha:_____/_____/_____

Nombre: _____ Casa #: _____

Direccion: _____ Trabajo #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ Celula #: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Seguridad Social #: ____-____-____ Jubilado Parado

Nobre del padre (Nino): _____ Estudiante Empleado

Fecha de padre de nacimiento: ____/____/____ Numero de Seguridad social de padre: ____-____-____

El Correo Electronico: _____

Seguro Primario: _____ Identificacion # _____

Seguro de secundaria: _____ Identificacion # _____

Nombre de titular de tarjeta principal de seguros: _____

Número de la seguridad social con titular de la tarjeta principal de seguros: _____-_____

Titular de seguros principal fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre del medico: _____ Telefono de medico: _____

Ultimo examen medico: ____/____/____ Ultimo examen ocular: ____/____/____

Historia Medico

¿Tiene alguna alergia a los medicamentos? No Si Si la respuesta es afirmativa, explicar? _____

Lista de medicamentos que tomar (incluidos los anticonceptivos orales, aspirina, los medicamentos y remedios caseros): _____

Lista de todos los importantes lesiones, cirugías y hospitalizaciones que han tenido: _____

Lista de cualquiera de los siguientes que han tenido: cruzó los ojos, ojo perezoso, párpados caídos, glaucoma, enfermedad de retina, cataratas, infecciones oculares o lesión ocular: _____

¿Estás embarazada o enfermería? no si

¿Llevar gafas? no ¿ Usas lentes de contacto? no

Historia de la familia

Por favor tome nota de cualquier historia familiar (padres, abuelos, hermanos, hijos, vivo o muerto) de las siguientes condiciones

ENFERMEDAD/CONDICIONES	NO	SI	ENFERMEDAD/CONDICIONES	NO	SI
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Cruzados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta Presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macular Degeneration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retinal Detachment/Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia Social

¿ Utiliza productos de tabaco? no si

¿ Bebe usted el alcohol? no si

¿ Usas drogas ilegales? no si

Ha siempre sido expuestos a o infectados con: Hepatitis HIV

REVISION DE SISTEMAS

¿ Usted actualmente, o ha tenido problemas en las siguientes áreas :

SISTEMA

CONSTITUCION	NO	SI	OIDOS/NARIZ/GARGANTA/BOCA	NO	SI
Perdida de peso/aumento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias/fiebre de heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTEGUMENTARY (Piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestion de seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUROLOGICO			Nariz Liquida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goteo post nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaquecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Garganta seca/boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OJOS			RESPIRATORIO		
Perdida repentina de la vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision distorsionada/halos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de vision lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VASCULAR / CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojo seco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Delores de Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descarga mucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensacion de arena o arenoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GASTROINTESTINAL		
Picor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ardoren los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensacion de cuerpo extraño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENITOURINARY		
Lagrimo excesivo/riego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitals/ riñón / vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resplando/Sensibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MUSCULOESQUELETICO		
Dolar en los o el dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatoid Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infeccion cronica del ojo o tapa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estilo o Chalazion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor conjunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destellos/Los flotadores en la vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LYMPHATIC / HEMATOLOGIC		
Ojos cansados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENDOCRINA			Problemas de Sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALLERGIC / IMMUNOLOGIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			PSIQUIATRICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toda la informacion anterior fue escrito a lo mejor de mi conocimiento o se complete por un padre, tutor legal o la recepcion de mi solicitud. Entiendo que sere responsable por el pago de los servicios profesionales y Anteojos de receta y/o lentes de contacto una vez que han sido dispensado, a menos que los gastos se han cargado a mi seguro.

Firma

LIBERACION DE SEGUROS

Yo autorizo la entrega de toda la informacion medica necesaria para el pago de los servicios y materials proporcionados por esta oficina para mi o mi pupilo legal. Yo entiendo que Angel Oak Eye Center es mi seguro de facturacion como una cortesia. En el caso de que mi seguro no paga yo soy responsable por el saldo adeudado. Si soy beneficiario de Medicare, tambien me autoriza a la informacion a ser divulgada a Health Care Financing Administration y sus agents para determiner estos beneficios o los beneficios de pagar por los servicios relacionados.

Firma

