

Gregory J Goetzinger, O.D.
 Shelby N Baugh Bruner, O.D.
 2020 S Garrison Ave
 Carthage, MO 64836
 (417) 359-0600

INFORMACION DEL PACIENTE

Bienvenido a nuestra oficina. Para servir mejor a su atención médica de visión, usted porfavor necesita completar este cuestionario y regresarlo a la recepcionista cuando haya terminado. Si usted tiene alguna pregunta porfavor pregunte y estaremos encantados de ayudarle.

Fecha de hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ #Tel. Casa: _____

Nombre Segundo Apellido #Tel. Celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ #Seguro Social: _____

Dirección de casa: _____

Calle/PO Box Ciudad Estado Código Postal

Marque lo adecuado: Menor Soltero/a Casado/a Género: Hombre Mujer

Correo Electrónico: _____ Tenemos su permiso para enviarle por correo electrónico información sobre las confirmaciones, lentes y/o pedidos de lentes de contacto, y retiros? **Si / No**

Empleado del Paciente/Guardián: _____

Marque lo adecuado: Empleado a tiempo completo Empleado a medio tiempo Estudiante

#Seguro Social del Guardián (Si el paciente es menor de edad): _____

Fecha de nacimiento del Guardián (Si el paciente es menor de edad): _____

#Tel. del trabajo: _____ Nombre de Esposo/a: _____

Empleado de Esposo/a: _____ #Tel. del trabajo: _____

Compañía de Aseguranza Medica: _____

Poseedor de la Póliza: _____ Seguro Social del poseedor: _____

de Identidad: _____ # de Grupo: _____

Compañía de Seguro de la Visión: _____

Poseedor de la Póliza: _____ Seguro Social del poseedor: _____

Referido por: _____

Cuestionario de Historial Medico

Please Print

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Doctor Medico: _____ **Último examen médico:** _____

Ultimo examen de la vista: _____

Lista de TODAS LAS ALERGIAS a medicaciones y comidas: _____

Lista de TODOS los medicamentos (incluyendo anticonceptivos, aspirinas, y todos los medicamentos de casa): _____

Farmacia: _____ **Una lista de toda las lesiones importantes, cirugías y/u hospitalizaciones que ha tenido:** _____

HISTORIA DE FAMILIA

Enfermedad/Condición	SI	NO	Relación a Paciente
Ceguera			
Cataracta			
Ojos Cruzados			
Degeneracion Macular			
Desprendimiento de la Retina			
Artritis			
Cancer			
Diabetes			
Enfermedad del Corazon			
Alta Presion			
Enfermedad del Rinon			
Lupus			
Enfermedad del Tiroides			
Otro			

HISTORIA SOCIAL

Esta informacion es estrictamente confidencial. Ahora bien usted puede discutir esta sección con el doctor si usted prefiere. Nueva ley de Estados Unidos nos obliga a preguntarle lo siguiente:

Toma Alcohol? Si es si, con que frecuencia?	SI	NO
Usted Fuma? Si es si, cuanto tiempo?	SI	NO
Altura		
Peso		

REVISION DE SU SISTEMA

Actualmente tenia o tiene un historial de las siguientes condiciones?

Si es si, porfavor circule o marque los síntomas que se aplican y proporcional información a continuación

Historia del ojo actual o pasada del paciente:

Enrojecimiento, granoso, picazón, resequedad, ardor, ojos cansados	SI	NO
Perdida de vision	SI	NO
Vision Borrosa	SI	NO
Visión torcida y/o halos	SI	NO
Perdida de un lado de la visión	SI	NO
Doble visión, si es si, cuanto tiempo y que ojo afecta	SI	NO
Sensibilidad a la luz o brillante	SI	NO
Dolor de ojos o adoloridos	SI	NO
Sensación a cuerpo extraño	SI	NO
Parpadea, flotadores, lagrimeo, secreción	SI	NO
Infección crónica de los ojos o parpados	SI	NO
Orzuelo y/o chalazión	SI	NO
Glaucoma	SI	NO
Cataracta	SI	NO
Degeneración Macular o enfermedad de la retina	SI	NO
Ha tenido cirugía de ojos?	SI	NO
Ha tenido lesión en algún ojo?	SI	NO
Usa lentes o lentes de contactos? Si es si, cuánto tiempo?	SI	NO
Ha tenido usted ojos cruzados, ojo perezoso, lagrimeo, u ojos prominentes	SI	NO
Planea cambiar el uso de sus lentes o lentes de contactos hoy?	SI	NO

Actualmente tenía o tiene un historial de las siguientes condiciones médicos

Historia medica del Paciente:

SISTEMA CONSTITUCIONAL: fiebre, pérdida de peso y otros	SI	NO
OIDOS, NARIZ, GARGANTA: congestión nasal o infección crónica, nariz que moquea, boca seca/o tos crónica	SI	NO
CARDIOVASKULARES/VASCULAR: irregular palpitación, dolor de pecho, alta presión sanguínea, diabetes, enfermedad vascular	SI	NO
RESPIRATORIO: asma, bronquitis crónica, resolló, enfisema	SI	NO
GASTROINTESTINAL: genitales, infección o enfermedades del riñón o vejiga	SI	NO
INTEGUMENTARIO: rozadura, escama, acné (barros o espinillas)	SI	NO
NEUROGICO: debilidad, entumecimiento, hormigueo, Dolores de cabeza, migraña, o convulsiones	SI	NO
ENDOCRINO: diabetes, enfermedad de tiroides; intolerancia a frio o caliente, perdida o crecimiento de cabello, cambios menstruales de periodos.	SI	NO
HEMATOLOGICO/LIMPATICO: anemia, sangramiento, hepatitis	SI	NO
ALERGIAS/IMMUNOLOGICO: alergias climáticas, síntomas de fiebre	SI	NO
Estas embarazada: si es si, cuantas semanas?	SI	NO