

Historial Medico del Paciente

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha del último examen de los ojos: _____

Lista de medicinas que esta actualmente usando: _____

¿Es usted alergico? _____

Favor de indicar con detalles _____

Indique cual enfermedad le relaciona (**Glaucoma, Diabetes, Presion-Alta, Paralisis, heridas, Mareos, etc**)

Indique cualquier cirugia que usted ha tenido (**Catarata, Apendecitis. Etc**) _____

De los siguientes problemas, indique cual se relaciona a usted.	Sí	No	Detalles
OJOS (dolor de ojos, vista cansada, irritacion, etc..)			
GENERAL/CONSTITUCIONAL (fiebre, alta precion, pérdida de peso, aumento de peso, excepcionalmente cansado)			
OIDOS, GARGANTA, NARIZ (Dificil de escucuchar, tos seca, Congestion etc..)			
CARDIOVASCULAR (Alta precion, Pulso Ajitado, etc..)			
RESPIRATORIO (Congestión, etc..)			
GASTROINTESTINAL (Dolor de estomago, Diarrea, Estreñimiento, Hernia, Ulceras, etc..)			
GENITALES, RIÑON, VESICULA (Dolor al orinar, impotencia etc..)			
Esta usted Embarazada? Amamantando?			
MUSCULOS, HUESOS, COYUNTURAS (Dolor en las coyonturas, Rigidez, Inflamacion, Calambres, Artritis, etc..)			
PIEL (Granos, Verrugas, Lunares, Sarpullido, etc..)			
NEUROLOGICAL (Entumecimiento, Dolor de cabeza, Migranas. Ataques, Parálisis, etc..)			
PSIQUIATRICO (Ansiedad, Depresión, Insomnio, etc..)			
ENDOCRINO (Diabetes, Problemas de la tiroide, etc..)			
SANGRE/LINFATICO (Sangrando, Anemia, Problemas con transfusión de sangre, etc..)			
ALERGICO/INMUNOLOGICO (Estornudando, Inflamacion, Picadura, Lupus, etc..)			

HISTORIAL de la FAMILIA (Madre, Padre, Abuelos, Hermano)

¿Ha tenido cualquier miembro de su familia alguna de estas enfermedades? Favor de escojer ?	ninguno	desconocido
Ceguera, Catarata, Glaucoma, Diabetes, Presion-Alta, Paro Cardiaco, Ataques, Cáncer, Enfermedad de Tiroides, Artritis, o alguna otra enfermedad?		

HISTORIA SOCIAL

¿Le limita su visión de hacer cualquier actividad? Manejar, Leer, Deporte, Trabajo, etc.)?	Sí	no
A tenido una transfucion de Sangre?	Sí	no
Bebe alcol? Sí	no	Cuánto? _____
¿Fuma? ¿Sí no	cuánto? _____	cuántos años tiene fumando? _____
Firma del Paciente o Representante Medico: _____ Fecha _____		

APELLIDO _____ NOMBRE _____ INICIAL _____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

#TELEFONO _____ # CELULAR _____ #TRABAJO _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ SEXO: F M CASADO(A) _____ SEGURO SOCIAL# _____

EMPLEO _____ OCUPACION _____ # de EMPLEADOR _____

SI EL PACIENTE ES MENOR de (18 años de edad)

Apellido de Madre _____ Primer Nombre _____ #de Telefono _____

Apellido de Padre _____ Primer Nombre _____ #de Telefono _____

CONTACTO de EMERGENCIA

Nombre _____ Numero de telefono _____ Relacion _____

INFORMACION de SEGURO MEDICO

ASEGURANZA MEDICA _____ # DE IDENTIFICACION _____ # DE GRUPO _____

EMPLEO _____ COPAGO \$ _____ NOMBRE DE POSESOR DE SEGURO: _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ # DE TELEFONO DEL SEGURO _____ RELACION _____

SECUNDARIO ASEGURANZA _____ # DE IDENTIFICACION _____ # DE GRUPO _____

EMPLEO _____ COPAGO \$ _____ NOMBRE DEL POSESOR DE SEGURO: _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ # DE TELEFONO DEL SEGURO _____ RELACION _____

INFORMACION de SEGURO de VISION

ASEGURANZA _____ # DE IDENTIFICACION _____ # DE GRUPO _____

EMPLEO _____ COPAGO \$ _____ NOMBRE DEL POSESOR DE SEGURO: _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ # DE TELEFONO DEL SEGURO _____ RELACION _____

POR FAVOR LEA Y ESCOJA UNO

- Si, Entiendo que mi aseguranza puede o no cubrir el siguiente servicio de Graduacion para los lentes, y en caso de tal y sere responsable del cargo de \$50.
- No acepto el servicio. PORFAVOR INDIQUE SI NO QUIERE EL SERVICIO

MEDICO PRIMARIO _____ # TELEFONO _____

Nombre completo porfavor

REFERIDO POR _____ # TELEFONO _____

FECHA: _____ FIRMA _____

Entiendo y Acepto que depende de mi estado con la Aseguranza, soy responsable por cualquier cargo de los siguientes exámenes y servicios medicos, y que la informacion que he dado esta correcta. Avisare en caso de cualquier cambio a la siguiente informacion.

SAM E. SATO, M.D.,P.C.
3910 N. La AVENIDA de CAMPBELL

DAVID W. David, M.D.
3055 CAMINO de W. INA #121

Nota de Privacidad

Yo _____ reconozco que he recibido una copia o visto una copia
(Nombre del Paciente)

Localizada en la pared por el mostrador de entrada de SAM E. SATO, M. D.' S "Nota de Prácticas de Privacidad".

Esta nota describe cómo Sam E. Sato, M.D. puede utilizar y puede compartir mi información medica, ciertas restricciones en el uso y la revelación de mi información de asistencia sanitaria, y derechos sobre la proteccion medica de mi informacion.

La firma de Paciente, o de Representante Personal

Fecha

La relación al Paciente

Consentimiento para Tratar a un Menor

Yo, _____ (su nombre)soy, el Padre o Madre/Responsable legal de

_____ (nombre del paciente) quién actualmente es un menor, cuya fecha del

nacimiento es ___/___/____. Doy el consentimiento escrito para tratar a mi niño(a), Si yo personalmente no puedo

autorizar el tratamiento, doy mi permizo de seguir con el procedimiento en mi ausencia, mientras mi niño(a) sea acompañado(a) por otra persona adulta, con la excepción de cirugía o un procedimiento invasivo.

Firma

Fecha

Numeros de Emergencia

Hogar

Trabajo