

Mattawan Family Eye Care

Información de Historia Medical y Visión

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____ Nombre Preferido _____ Hombre Mujer

Fecha de Nacimiento _____ Últimos 4 dígitos de SSN _____ Nombre del custodio (si paciente es un/a menor de edad y relación) _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Ocupación de pacient/empleador o año/escuela: _____

Aficiones: _____

¿Desea ser contactado por correo electrónico? Sí No Correo electrónico: _____

¿Desea ser contactado por mensaje de texto? Sí No Número de teléfono: _____

Si son un/a nuevo/a paciente ¿cómo se enteró de nuestra oficina?

Medico/a Escuela Sitio Web Redes social Anuncio impreso Otro/a: _____

Familia/Amigo/a: ¿A quién podemos agradecer por recomendarte? _____

¿Cual es la principal razón por la cita hoy? _____

¿Cuándo fue su última cita de ojos? _____

¿Quién es su proveedor de atención oftalmológica más reciente? _____

¿Quién es su médico/a de atención primaria? _____

Historia de Salud de Ojos

¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones?

Catarata
Degeneración macular
Glaucoma
Diabetes
Retinopatía diabética
Infección/inflamación/alergia ocular
Flotadores y/o destellos de luz
Iritis o uveítis
Defectos/degeneraciones de la retina

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas en este momento?

Enrojecimiento
Irritado
Picazón de ojo
Lagrimo de los ojos
Secreción de los ojos
Mala visión nocturna
Molesto resplandor nocturno
Visión doble
Falta de visión total
Visión borrosa
Fatiga visual
Dolor de ojo
Sensibilidad
Dolores de cabeza

Otro/a _____

Otro/a _____

Si experimenta alguno de los síntomas anteriores, describe la gravedad (leve, moderada, grave), la frecuencia (n.º de veces por semana) y la progresión (mejora, empeoramiento), etc. _____

Corrección de la visión

¿Qué lentes correctivos utilizan para actividades de visión lejana? Gafas Contactos Ninguno
Describe la calidad de sus actividades de visión de lejana Aceptable Puede mejorar Borroso

¿Qué lentes correctivos utiliza para actividades de visión cerca/lectora? Gafas Contactos Ninguno
Describe la calidad de sus actividades de visión de cerca/lectora Aceptable Puede mejorar Borroso

¿Qué lentes correctivos utilizan para actividades de visión por computadora? Gafas Contactos Ninguno
Describe la calidad de sus actividades de visión de lejana Aceptable Puede mejorar Borroso

Por favor circule la respuesta más precisa para cada pregunta. Puede escribir cualquier comentario adicional en las líneas proporcionadas debajo de cada sección.

Exigencias Informáticas: ¿Tiene alguna de las siguientes

exigencias informáticas en su visión?	Sí	No
Uso de la computadora por períodos prolongados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exigencias ergonómicas inusuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debe ver simultáneamente papel y computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de computadora portátil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de múltiples monitores de escritorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rendimiento de la visión: ¿Tiene algo de estos problemas

de rendimiento de la visión?	Sí	No
Pocas habilidades de lectura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rendimiento inconsistente de la visión deportiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentitud al cambiar de enfoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad con imágenes, películas o televisión en 3-D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuántas horas al día pasa frente a una computadora/tableta/smartphone? _____ horas

Comentarios adicionales _____

Demandas al aire libre: Describa cualquier demanda especial al aire libre

	Sí	No
Conducción nocturna prolongada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al aire libre en exposición directa a los rayos UV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leer en marcos al aire libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentes de contacto irritadas al aire libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deseos de gafas: ¿Tiene algo de los siguientes datos para sus gafas?

	Sí	No
Reemplazar gafas incómodas/rotas/perdidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gafas extra para actividades especiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interés en moda o marcas específicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me gustaría lentes más finos y ligeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reducción de la fatiga visual causada por el deslumbramiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios adicionales _____

Planes de compra: ¿Planea comprar alguno de los siguientes?

Sí No

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gafas nuevas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gafas de sol de prescripción | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gafas de sol sin receta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gafas para computadora | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gafas de lectura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gafas deportivas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nueva oferta de lentes de contacto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Intereses: ¿Está interesado en alguno de los siguientes?

Sí No

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Nueva adaptación de lentes de contactos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nuevas tecnologías/contactos más cómodos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lentes de contacto de un día | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contactos de un periodo de reemplazo diferente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Terapia visual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Corrección de la visión con láser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentarios adicionales _____

Historia de salud general

Marque la casilla de su diagnóstico actual y marque con un círculo cualquier diagnóstico específico de se aplique a usted:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Constitucional (Discapacidad del Desarrollo, Cáncer, Síndrome de Fatiga) | <input type="checkbox"/> Genitourinario (Enfermedad Renal, Enfermedad de Próstata, Embarazo, Enfermería, Herpes, Clamidia) |
| <input type="checkbox"/> Oído, Nariz, Garganta (Pérdida de audición, Sinusitis, Boca seca, Laringitis) | <input type="checkbox"/> Musculoquelético (Artritis, Fibromialgia, Distrofia Muscular, Osteoporosis, Gota) |
| <input type="checkbox"/> Neurológicas (Esclerosis Múltiple, Epilepsia, Parálisis Cerebral Tumor, Accidente cerebrovascular, ACV, Migraña) | <input type="checkbox"/> Tegumentario (Eccema, Rosácea, Psoriasis, Herpes Simple/Zoster) |
| <input type="checkbox"/> Psicológico (Depresión, TDA, Ansiedad, Trastorno Bipolar) | <input type="checkbox"/> Endocrino (Diabetes, Disfunción Tiroidea, Disfunción Hormonal) |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular (Presión arterial alta, Enfermedades Cardiacas, Insuficiencia Cardíaca Congestiva) | <input type="checkbox"/> Hematológico/Linfático (Anemia, Úlcera, Hipercolesterolemia) |
| <input type="checkbox"/> Respiratorio (Asma, Apnea del Sueño, Enfisema, Obstrucción Crónica) | <input type="checkbox"/> Alergia/Inmunidad (Artritis reumatoide, lupus, alergias ambientales) |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal (Crohn, Colitis, Ulcerosa, Celíaca) | |

Medicamentos actuales (incluyen gotas para los ojos, vitaminas y suplementos) _____

Alergias a medicamentos _____

Sí No

¿Bebe usted alcohol? Si es así ¿cuánto? _____

¿Fuma usted? Si es así ¿cuánto? _____

¿Fumador anterior?

Historia Médica Familiar

Marque los miembros de su familia que tengan las siguientes preocupaciones de salud/vision

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	Abuelo/a
Cáncer					
Diabetes Tipo 1					
Diabetes Tipo 2					
Sangre Alta					
Hipertiroidismo					
Hipotiroidismo					
Cataratas					
Macular					
Glaucoma					

Otro/a _____

Por favor lea y firme:

La parte del paciente vence en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hagan otros arreglos con anticipación. Todos los servicios y materiales profesionales corren a cargo del paciente. El abajo firmante será en última instancia responsable de cualquier factura incurrida en la oficina, independientemente del seguro. Las cuentas con 90 días de antigüedad están sujetas a tarifas de cobro. Habrá un cargo por servicio en todos los cheques devueltos.

El pago de mi seguro se realizará directamente a Mattawan Family Eye Care. Entiendo que mi seguro primario será facturado en mi nombre. Entiendo que todos los beneficios que se me cotizan no son una garantía de pago por parte de mi compañía de seguros y que la determinación final solo se puede tomar cuando se procesa el reclamo.

Firma

Nombre impreso

Fecha