

Cuestionario Médico del Paciente

Fecha _____

Nombre del Paciente _____ Apodo _____
Nombre Apellido Inicial

Sexo M F Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Seguro Social #(SSN) ____ - ____ - ____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Correo electrónico _____

Ocupación _____ Empleador _____

Seguro de Visión _____ Seguro Médico _____ #ID _____

Nombre del Asegurado _____

Sexo M F Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Seguro Social #(SSN) ____ - ____ - ____

Relación con el paciente _____ # de grupo de seguro médico _____

Contacto de emergencia

Nombre _____ Relación _____ # Teléfono (____) _____

Si el paciente es menor de edad, cubierto por el seguro del adulto, información de padres/tutor:

Nombre del Padre _____ Dirección si es diferente _____

Teléfono del Padre _____ Seguro de visión _____

Fecha de nacimiento del Padre ____ / ____ / ____ Últimos cuatro dígitos del SSN _____

Nombre del Madre _____ Dirección si es diferente _____

Teléfono del Madre _____ Seguro de visión _____

Fecha de nacimiento del Madre ____ / ____ / ____ Últimos cuatro dígitos del SSN _____

Nombre de la escuela _____ Grado _____ # Identificación del Estudiante _____

Si tienes niños, los nombres y edades: _____

¿Como se entero de nuestra oficina? _____

Si fue referido, nombre de la persona que lo referió _____

Información Médica

Nombre del doctor familiar _____ Último examen físico _____

Dirección del doctor _____ # Teléfono _____

Nombre del último doctor de ojos _____

Dirección del último doctor de la visión, si no fue en Lodi _____

Fecha del último examen ____ / ____ / ____

Año de la última prescripción de lentes o lentes de contacto _____

BURKE OPTOMETRY

Marque cualquiera de los siguientes sistemas del cuerpo con los cuales tiene problemas:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer, por favor explique abajo | <input type="checkbox"/> Celíaco/Acides/Crohn's/Úlcera/Colitis |
| <input type="checkbox"/> Senusitis/Laringitis/Hernia hiatal/Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Próstata/Vejiga/Riñón/Herpes/Clamidia |
| <input type="checkbox"/> Migraña/Trombosis/Epilepsia/Esclerosis | <input type="checkbox"/> Artritis/Fibromialgia/Gota/Osteoporosis. |
| <input type="checkbox"/> Depresión/Trastorno de ansiedad/ Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Rosácea/Psoriasis/Eczema/Herpes zoster |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón/ Hipertensión | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I/Diabetes Tipo II/Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Asma/Bronquitis/COPD/Enfisema/Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Lupus/ Reumas/Sjogren's syndr./Alergias |
| <input type="checkbox"/> Anemia/Úlcera/ Colesterol alto | |

Por favor explique: _____

¿Cualesquiera operaciones médicas? _____ Fecha _____

¿Cirugía ocular previa? Si es así, que tipo _____ ¿Qué ojo? D I Cuándo _____

¿Lesión ocular previa? Si es así, que tipo _____ ¿Qué ojo? D I Cuándo _____

Para mujeres, ¿Usted está embarazada? S N ¿O,usted está amamantando? S N

Lista de medicamentos con prescripción (si tiene una lista escrita, le sacaremos fotocopia) _____

Lista de medicamentos sin receta o suplementos herbals que tome _____

Alergias a medicamento y reacciones que tuvo (por ejemplo: urticaria, erupción, dificultad al respirar) _____

Otras alergias _____

Por favor marque cualquiera de las siguientes condiciones de los ojos que tenga:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Estrabismo | <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Visión doble |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Keratoconus | <input type="checkbox"/> Lagrimeo | <input type="checkbox"/> Picazón en los ojos |
| <input type="checkbox"/> Degeneración Macular | <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Visión cansada | <input type="checkbox"/> Contracción del parpado |

¿Usa gotas para los ojos? Si es así, nombre de las gotas _____

¿Bebe alcohol? S N Si es así, ¿cuánto bebe a la semana? _____

¿Fuma o mastica tabaco? S N Si es así, ¿cuánto? _____

Si no, ¿eres un ex-fumador? S N

Aficiones, especialmente con determinados requisitos visuales (ei: tiro, computadora, cocer, piano): _____

¿Cuantas horas en total pasa usando la computadora/tablet/teléfono inteligente al día? _____

¿Usa lentes? S N ¿Usa lentes de contacto? S N

¿Esta interesado (a) en usar lentes de contacto? S N

¿Esta interesado (a) en corrección de la visión con láser? S N

Historial Familiar

Por favor circule cualquier condición que exista en su familia, e haga nota de la persona que tiene o tuvo el problema (por ejemplo: Hermano tiene Diabetes, Madre tenía Cataratas)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta _____ | <input type="checkbox"/> Tiroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Cataratas _____ | <input type="checkbox"/> Degeneración Macular _____ |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma _____ | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de Retina _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra condición de ojos _____ | |

Firma _____ **Fecha** _____