

Historial médico del paciente

Bienvenidos al First Insight Eyecare - Hillsboro. Gracias por seleccionarnos como su proveedor de cuidado de los ojos. Estamos felices de tenerles como nuestro paciente y apreciamos la confianza que pone en nosotros. La información que ya tenemos aparecerá en este formulario. Porfavor, revise la información para asegurar que los datos son correctos. Si tiene alguna pregunta, no deje de preguntarnos porfavor.

Nombre del pac

☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Ms. ☐ Srta. ☐ Dr.

ID del paciente:

Apellido

La inicial del segundo nombre

Nombre

Sufijo

Nombre preferido

Fech (mm/dd/yy)

Seguridad social

Dirección del paciente

Teléfono principal

Teléfono Principal

☐ Home ☐ Mobile

Teléfono del trabajo/de día

Ciudad

State

Código po

Country

Contacto de emergencia

Teléfono de emergencia

Correo electrónico

Persona responsable de la factura medica

ftin cm/m

Altura

☐ Pies ☐ Cent ☐ Me

Peso

☐ Libr ☐ kilo

Persona designada para discutir información médica

Nombre

Relación con el paciente

Sex

☐ Homb ☐ Hembra

Estado civil d

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Otro

Empleo

☐ ¿Estudian ☐ Tiempo co

Medio tie

☐

Orientación sexual

Identidad de género

Raza o identidad étnica

Idioma preferido

☐ Straight/Heterosexual ☐ Gay/Lesbian/Homosex ☐ Bisexual ☐ Other ☐ Unknown ☐ Declined to Specify

☐ Identifies as Male ☐ Identifies as Female ☐ Transgender Male (Female to Male) ☐ Transgender Female (Male to Female) ☐ Neither/Genderqueer ☐ Additional/Other Gender ☐ Declined to Specify

☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black or African America ☐ Declined To Specify ☐ Hispanic or Latino ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White ☐ Other Race ☐ Not Hispanic or Latino

☐ English ☐ Spanish/Castilian ☐ Chinese ☐ Japanese ☐ Vietnamese ☐ Korean ☐ German ☐ French ☐ Declined To Specify ☐ Other

Seguro primario

Seguro secundario

Nombre del asegurado

(Nombre de pila, inicial del segundo nombre, apellido)

Dirección del asegurado, línea 1

Dirección del asegurado, línea 2

Ciudad

Estado

Código postal

País

Número De Identificación Del Asegurado

Número de grupo

Fecha De Naci

Sexo

Relación del asegurado c

☐ M ☐ H

☐ Mí m ☐ Esposo ☐ Hijo ☐ Otro

Nombre del ase

(Nombre de pila, inicial del segundo nombre, apellido)

Dirección del asegurado, línea 1

Dirección del asegurado, línea 2

Ciudad

Estado

Código p

País

Número De Identi

Número de grupo

Fecha De Nacimiento Del Asegurado

Sexo

Relación del asegurado c

☐ M ☐ H

☐ Mí m ☐ Esposo ☐ Hijo ☐ Otro

¿Cómo encontraste nuestra oficina? (Especificau

Lea Porfavor:

A fin de controlar el costo del tratamiento, pedimos que el paciente pague su parte de los recibos medicos al final del servicio a menos que haya un acuerdo previo. Preferimos controlar nuestros costos de facturación para mantener el costo de los servicios bajos. Todos los servicios profesionales y materiales son cargados al paciente. El suscrito es responsable de las facturas incuradas, a pesar del seguro. Saldos que tienen más de 90 días de edad se envían a colecciones. Habrá un cargo por servicio en todos los cheques. El pago del mi seguro primario se debe pagar directamente a First Insight Eyecare - Hillsboro. Se entiende que el seguro en la sección, "seguro primario", cubrirá los cargos como el seguro primario. Se entiende que la facturación del seguro en la sección, "seguro secundario", es la responsabilidad del paciente. Se entiende que los beneficios del seguro citado al paciente no es una garantía de pago y la determinación final se hace cuando se procesa la reclamación.

Firma _____ Fech _____

Historial médico del paciente

Volantes médicos

Physician 1

☐ M.D. ☐ P.A. ☐ N.P. ☐ R.N. ☐ O.D.

☐ Is Primary Care Physician

First Name

Middle

Last Name

Suffix

Clinic Name

Clinic Address

City

State

Zip

Phone

Physician 2

☐ M.D. ☐ P.A. ☐ N.P. ☐ R.N. ☐ O.D.

☐ Is Primary Care Physician

First Name

Middle

Last Name

Suffix

Clinic Name

Clinic Address

City

State

Zip

Phone

Historia de la salud

¿Cuándo fue su último examen?

¿Cuando fue su ultima examen oc

¿Cuándo fue su último examen d

Enfermedades o lesiones pasada

Cirugías pasadas

Gotas para los ojos actuales

Medicamentos actuales

Reacciones/sensibilidades medicamentos

Alergias específic

Síntomas actuales del ojo

Sensibilidad al res

☐ Yes ☐ No

Dolores de cabeza

☐ Yes ☐ No

Sensibilidad al luz

☐ Yes ☐ No

Ojos cansados

☐ Yes ☐ No

Quemadura/irritació

☐ Yes ☐ No

Sequedad

☐ Yes ☐ No

Exceso de lagrimeo/riego

☐ Yes ☐ No

Hinchazón de los pá

☐ Yes ☐ No

Dolor o dolor en los ojos

☐ Yes ☐ No

Sensación de cuerpo extrañ

☐ Yes ☐ No

Infección de ojo o tapa

☐ Yes ☐ No

Picor

☐ Yes ☐ No

Descarga mucosa

☐ Yes ☐ No

Párpado caído

☐ Yes ☐ No

Enrojecimiento

☐ Yes ☐ No

Sensación arenosa

☐ Yes ☐ No

Visión de distancia borrosa

☐ Yes ☐ No

Visión cercana borrosa

☐ Yes ☐ No

Vision distrocionada (aros)

☐ Yes ☐ No

Vision doble

☐ Yes ☐ No

Destellos

☐ Yes ☐ No

Flotadores o manch

☐ Yes ☐ No

Visión fluctuante

☐ Yes ☐ No

Pérdida de visión central

☐ Yes ☐ No

Pérdida de visión lateral

☐ Yes ☐ No

Pérdida de visión

☐ Yes ☐ No

Otro

☐ Yes ☐ No

Historia ocular

Ambliopía (ojo vago)

☐ Yes ☐ No

Infección de ojo o tapa

☐ Yes ☐ No

Ceguera

☐ Yes ☐ No

Cataratas

☐ Yes ☐ No

Daltonismo

☐ Yes ☐ No

Retinopatía diabética

☐ Yes ☐ No

Síndrome del ojo seco

☐ Yes ☐ No

Lesiones oculares

☐ Yes ☐ No

Glaucoma

☐ Yes ☐ No

Sospechoso de glauco

☐ Yes ☐ No

Medicación de alto riesg

☐ Yes ☐ No

Degeneración macular

☐ Yes ☐ No

PVD (desprendimiento vítreo)

☐ Yes ☐ No

Desprendimiento de retina

☐ Yes ☐ No

Ojo bisco

☐ Yes ☐ No

Keratoconus

☐ Yes ☐ No

Enfermedad corneal

☐ Yes ☐ No

Otro

☐ Yes ☐ No

Condición general de salud

Fiebre, pérdida de peso, fatiga,

☐ Yes ☐ No

Oreja, nariz, garganta

☐ Yes ☐ No

Cardiovascular (presión arterial

☐ Yes ☐ No

Respirador (asma)

☐ Yes ☐ No

Gastrointestinal

☐ Yes ☐ No

Riñón, vejiga

☐ Yes ☐ No

Moscular, huesos, coyontu

☐ Yes ☐ No

Piel (erupción cutánea, picaz

☐ Yes ☐ No

Neurológico (esclerosis múltiple)

☐ Yes ☐ No

Ansiedad o depresión

☐ Yes ☐ No

Tiroides, diabetes

☐ Yes ☐ No

Sangre (colesterol alto, anemia,e

☐ Yes ☐ No

Alérgico, inmunoco

☐ Yes ☐ No

Embarazado

☐ Yes ☐ No

Enfermería

☐ Yes ☐ No