

Forma de Registración para Paciente Nuevo

Información del Paciente		Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____		Dirección: _____
Correo Electrónico*: _____ # de seguro: _____		(*Marque aquí <input type="checkbox"/> si usted consiente ser contactado por correo electrónico. La póliza de correo electrónico está disponible para usted en nuestra oficina.)
Método de Contacto Preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a Idioma Preferido: _____		
Ocupación _____ Empleador _____		
Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____ Relación _____		
Información de aseguranza		Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nac: ____/____/____
#SS del Asegurado: _____ <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro: _____		Teléfono: _____
Nombre de A seguridad: _____		A seguridad(s) Adicional(es): _____
Informacion de Consulta	Genero/Raza*	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
¿A quién debemos las gracias por referirlo?	Raza:	Ethnicity:
<input type="checkbox"/> Doctor _____	<input type="checkbox"/> Blanco/Caucasiana	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino
<input type="checkbox"/> Amigo/Miembro de Familia _____	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino
<input type="checkbox"/> Pagina de Web _____	<input type="checkbox"/> asiático	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Negro o Americano Africano	_____
¿Cuál es la razón de su visita este día?	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u Otro Pacifico Isleño	<input type="checkbox"/> Prefer not to respond
_____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____
_____	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	<small>*Con el fin de cumplir el criterio de "Meaningful Use" puesta por el Gobierno Federal, estamos requeridos a obtener la siguiente información suya: raza, etnicidad, idioma preferido, genero, y fecha de nacimiento.</small>
Doctor General		Nombre _____
Telefono _____		Direccion _____
Autorización		Con mi firma, yo autorizo a mis compañías de a seguridad que den pago directo a Mile High Eye Institute. Esto tendrá efecto hasta que yo lo revoque por escrito. Yo entiendo que asumo la responsabilidad de lo que mi aseguranza no pague o cubra. Yo doy permiso a que manden mi información a mí a seguridad. Yo entiendo y estoy acuerdo a la póliza financiera de Mile High Eye Institute
Firma del Paciente/responsable _____		Fecha _____
Aviso de Practicas Privadas		Yo entiendo que me presentaron una copia de las practicas privadas de Mile High Eye Institute.
Firma del Paciente/Representativo del Paciente _____		Fecha _____
Pacientes con Medicare		Después de ver al doctor, Mile High Eye Institute presentara una forma completa a su a seguridad. Sus instrucciones nos dejan obtener una la cual es válida para todas las visitas futuras a esta oficina. A la firma abajo, la notación "FIRMA EN ARCHIVO" aparecerá con su firma en todas las formas de Medicare presentadas por usted o nuestra oficina.
Firma del Paciente o Representativo _____		Fecha _____

Forma de Historia Medica

Informacion del Paciente	Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Fecha de Hoy: ___/___/___ Fecha de último examen: ___/___/___	
¿Está usando algún tipo de gotas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Cuales: _____	
¿Está tomando algún otro medicamento (incluyendo vitaminas, minerales o hierbas)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si – Cuales: _____	

Historia Personal	¿Alergia a Medicinas? <input type="checkbox"/> Ninguna Conocida <input type="checkbox"/> Si – Cual es su reacción: _____
Por favor V cualquier enfermedad: <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Alta Presión <input type="checkbox"/> Ataque al corazón, Cuando?: _____	
<input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Cáncer, Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Derrame cerebral, Cuando?: _____	
¿A tenido cirugía? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - Tipo(s) y Fecha(s)?: _____	

Estado de Salud	Por favor circule cualquiera de las siguientes que este padeciendo:		
Constitucional Fiebre Escalofríos Perdida/Aumento de peso Inmunológico Alergia a Comidas Alergia a Medicinas Piel Comezón Persistente Salpullido en la piel Gastrointestinal Dolor Abdominal Nausea/Vomito Indigestión/Agruras	Endocrino Sed Excesiva Muy Caliente/Frío Cansado(a)/Lento Neurológico Dolores de Cabeza Mareos Entumecimiento/Hormigueo Respiratorio Resollar Toz Frecuente Falta de Aliento	Cardiovascular Dolor en el Pecho Coágulos en la sangre Hinchazón en las piernas Alta/Baja Presión Palpitaciones/Pulso Rapido Seno Dolor de seno/Nódulos Secreción del pezón Mamograma Anormal Solo Mujeres: Embarazada Amamantando	Genitourinario Retención de Orina Dolor al orinar Frecuencia de orinar Impotencia Inusual Vaginal Bleeding, Discharge, Itching or odor Psicológico Depresión Ansiedad Considerando suicidio Otro Problema Medico: Describe: _____

Historia de Familiares cercanos (Mama, Papa, Hermanos)	Historia Social
¿Algún miembro de familia padece de alguna de estas? <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Alta Presión Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Derrames <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon _____	¿Su vista limita alguna de sus actividades diarias (manejar, leer, deportes, trabajo, etc.)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si, explique: _____ ¿Bebe Alcohol? <input type="checkbox"/> ¿Si <input type="checkbox"/> No Si, ¿cuánto?: _____ Do you use any street or recreational drugs? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Fuma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO Si, ¿cuánto?: _____ por día Por cuantos años?: _____

Firma del Medico: _____	Fecha: _____
-------------------------	--------------