CUESTIONARIO MEDICO DEL PACIENTE

(Debe ser actualizado en cada visita)

GOLDEN OPTOMETRIC
DAVID B. GOLDEN, O.D. • SHELDON M. GOLDEN, O.D.

Fecha _____

Por favor circule uno: Dr. Sr. Sra. Srta. Numero de SS (del paciente) _____-_____-_____

Nombre _____ MI_____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono: Casa (____) _____ - _____ Teléfono: Trabajo (____) _____ - _____x _____ Celular (____) _____ - _____

Fecha de nacimiento _____/_____/_____ Fecha del último examen ocular _____/_____/_____ ¿Le dilataron? Si / No

Dirección de correo electrónico

Ocupación _____ Empleador _____

Nombre del seguro de la visión: VSP MESC EYEMED NVA SAFEGUARD MEDICARE MEDI-CAL OTRO _____

Nombre (de asegurado) _____ #SS (de asegurado) _____-_____-_____ Fecha de nacimiento (de asegurado) _____

Nombre de seguro medico: _____

Nombre (de asegurado) _____ #SS (de asegurado) _____-_____-_____ Fecha de nacimiento (de asegurado) _____

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Cómo es su salud general? _____

¿Usted tiene problemas con algunos de estos sistemas?
(Circule por favor todos que se apliquen)

Gastrointestinal	Si / No	Nervioso	Si / No	Ojos	Si / No
Oídos/nariz / garganta	Si / No	Genitourinario	Si / No	Mental	Si / No
Cardiovascular	Si / No	Músculo esquelético	Si / No	Endocrina (glándulas)	Si / No
Respiratorio	Si / No	Integumentario (piel)	Si / No	Sangre / linfático	Si / No
				Alérgico / inmunológico	Si / No

Por Favor Explique _____

Conteste por favor a todo lo que le aplique a usted:

Diabetes Si / No Tipo: _____ Fecha de diagnosis: _____

¿Alergias a medicamento(s)? Si / No ¿Qué medicamento(s)? _____ ¿Qué sucede? _____

¿Sinusitis/alergias estaciónales? Si / No ¿Dolores de cabeza? Si / No ¿Alta presión? Si / No ¿Colesterol? Si / No

Otros problemas de salud _____

Medicamentos actuales _____

¿Usted ha tenido operaciones? Si No ¿Qué tipo? _____ ¿Cuándo?_____

¿Usted fuma cigarrillos/tabaco? Si No ¿Toma bebidas alcohólicas? Si No Otro tipo de sustancia(s) _____

Nombre de su médico: _____ Fecha de última visita: _____

Fecha de ultima inyección de tétanos _____ ¿Esta, o podría usted estar embarazada? Si No ¿Cuantas semanas? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Diabetes	Si / No	Relación _____	Degeneración Macular	Si / No	Relación _____
Alta presión	Si / No	Relación _____	Desprendimiento de retina	Si / No	Relación _____
Glaucoma	Si / No	Relación _____	Cataratas	Si / No	Relación _____
¿Otra condición ocular?	Si / No	¿Qué tipo? _____			Relación _____

INFORMACIÓN PERSONAL DEL OJO

¿Usted ha tenido alguna operación ocular? Si / No Tipo _____ Fecha _____

¿Usted ha tenido una lesión ocular? Si / No Tipo _____ Fecha _____

¿Usted tiene glaucoma? Si / No ¿Cataratas? Si / No ¿Ojos secos? Si / No ¿Visión borrosa? Si / No

¿Otros problemas oculares? Si / No ¿Qué tipo? _____ ¿Usted usa anteojos? Si / No

¿Usted usa lentes de contacto? Si / No ¿Qué tipo? _____

¿Con qué frecuencia se duerme con sus lentes de contacto? Seguido Nunca A veces

¿Cómo se entero de nuestra oficina?_____ De Paso Internet Paginas Amarrillas Postal

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN SOLAMENTE Iniciales del doctor:_____

1	2	3	4
Iniciales del paciente _____	Iniciales del paciente _____	Iniciales del paciente _____	Iniciales del paciente _____
Fecha actualizada _____	Fecha actualizada _____	Fecha actualizada _____	Fecha actualizada _____
Iniciales del doctor _____	Iniciales del doctor _____	Iniciales del doctor _____	Iniciales del doctor _____