

Información del paciente			
Nombre	Apellido	Segundo Nombre	Fecha De Nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Forma principal de contacto:	Teléfono de la casa <input type="checkbox"/>	Teléfono de trabajo <input type="checkbox"/>	Teléfono móvil <input type="checkbox"/>
Usado otro Nombre(s)		Correo electrónico	
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numero de Seguro Social	Idioma preferido	Quién lo refirió
Estado Civil	Contacto Preferido	Descendencia	Raza
o Casado o Viudo o Soltero o Divorciado o Separado o Compañero de Vida	¿Qué medio de comunicación usted aprueba para ponernos en contacto con usted? o Correo o Teléfono de la casa o Teléfono de trabajo o Teléfono celular o Portal del Paciente	o Hispano/Latino o desconocida o negarse a contestar	o De Indio o Indígena de Alaska de América o Asiática o Negros o Afroamericanos o Nativo de Hawái / otra isla del Pacífico o Blanca o Otros (negarse a contestar)
Nombre del Dr./Dra. Cabecera	Dr. Quien lo refirió	Nombre del Cardiólogo	Nombre del Endocrinólogo
Dirección	Dirección	Dirección	Dirección
Seguro Medico			
Nombre	Apellido	Segundo Nombre	Fecha De Nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Por favor compruebe la principal forma de contacto:	Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular
Número De Seguro Social	Relación con el paciente	Idioma preferido	Licencia de conducir
Contacto de emergencia (para menores de edad, esta sección puede utilizarse para los padres)			
Nombre	Apellido	MI	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Compruebe por favor el teléfono principal	Teléfono de casa <input type="checkbox"/>	Teléfono del trabajo <input type="checkbox"/>	Teléfono celular <input type="checkbox"/>
Información sobre el seguro (por favor completar todos los datos)			
Seguro primario	ID # y # de grupo	Fecha De Nacimiento	Suscriptor y relación
Seguro secundario	ID # y # de grupo	Fecha De Nacimiento	Suscriptor y relación
Yo / Nosotros por este medio doy consentimiento y autorización a la realización de todos los servicios médicos y los tratamientos que se consideren aconsejables por los médicos y el personal de Mid Atlantic Retina (MAR) a mí o al menor nombrado arriba de los cuales yo soy el padre o tutor legal. Por lo presente certifico que, a lo mejor de mi conocimiento, todas las declaraciones contenidas en el presente documento son ciertos. Entiendo que los proveedores de MAR pueden o no participar con mi compañía (s) de seguro, soy financieramente responsable de cualquier co-pagos, deducibles, y el pago por los servicios no cubiertos o fuera de los servicios de red incurridos por mí mismo y / o mi dependiente (s). Por otra parte estoy de acuerdo en pagar los intereses devengados, de las tasas, los gastos recogida y razonables de abogados incurridos para cobrar cualquier cantidad que pueda adeudar. También por este medio autorizo MAR para liberar información si es necesario para y / o solicitados por la compañía de seguros y / o sus representantes para la tramitación de reclamaciones y el pago. Entiendo completamente este acuerdo y continuará hasta que se cancele el consentimiento por mí por escrito.			
Firma del paciente/responsable		Fecha	
Nombre del paciente responsable (letra de molde)		Relación con el paciente	

Nombre _____ fecha de nacimiento: _____ Idioma preferido: _____

Información de la farmacia

Farmacia preferida	Farmacia secundaria
Nombre	Nombre
Dirección	Dirección
Teléfono	Teléfono
Fax	Fax

Directivas avanzadas

Ninguno No resucitar Poder notarial Testamento HC Proxy

Fecha de revisión:

Medicamentos - lista de todos los medicamentos que toma, recetados y sin receta y la dosis

No tomo medicamentos

Nombre del medicamento	Dosificación/fuerza

Medicación y alergias a los alimentos - Escribe todas las alergias conocidas. (medicamentos, alimentos, animales, etc.)

No alergias conocidas

Historia familiar - comprobar si cualquier miembro de la familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones.

Adoptado

Diagnóstico	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Otros	Otros	Otros
Anemia							
Artritis							
Ceguera							
Cáncer (tipo)							
Catarata							
Diabetes							
Retinopatía diabética							
Glaucoma							
Enfermedades del corazón							
Hepatitis							
Hipertensión							
Enfermedad del riñón							
Degeneración macular							
Desprendimiento de retina							
Accidente cerebro vascular							
Tuberculosis							
Enfermedad de la tiroides							
Uveítis							

Nombre _____ fecha de nacimiento: _____ Idioma preferido: _____

Historia clínica - verifica si usted alguna vez ha experimentado las siguientes condiciones y año de inicio.

Condición	Año	Condición	Año
<input type="radio"/> Ninguno		<input type="radio"/> Manía/Bipolar	
<input type="radio"/> Alzheimer		<input type="radio"/> Síndrome de Marfan	
<input type="radio"/> Anemia		<input type="radio"/> Migrañas	
<input type="radio"/> Artritis		<input type="radio"/> Prolapso de la válvula mitral	
<input type="radio"/> Asma		<input type="radio"/> Esclerosis múltiple	
<input type="radio"/> Coágulos de sangre		<input type="radio"/> Gravis de la miastenia	
<input type="radio"/> Bronquitis		<input type="radio"/> Neurofibromatosis	
<input type="radio"/> Cáncer - tipo		<input type="radio"/> Osteoporosis	
<input type="radio"/> Enfermedades cardiovasculares		<input type="radio"/> Psicosis	
<input type="radio"/> Depresión		<input type="radio"/> Sarcoidosis	
<input type="radio"/> Diabetes (Ver pregunta siguiente)		<input type="radio"/> Esquizofrenia	
<input type="radio"/> Diverticulitis		<input type="radio"/> Convulsión	
<input type="radio"/> Enfisema		<input type="radio"/> Sinusitis	
<input type="radio"/> Pérdida de la audición		<input type="radio"/> Síndrome de Sjögren	
<input type="radio"/> Ataque al corazón		<input type="radio"/> Cáncer de piel	
<input type="radio"/> Soplo cardíaco		<input type="radio"/> Terapia esteroide (largo plazo)	
<input type="radio"/> Hepatitis		<input type="radio"/> Síndrome de Stevens - Johnson	
<input type="radio"/> VIH		<input type="radio"/> Síndrome de Stickler	
<input type="radio"/> Hipercolesterolemia		<input type="radio"/> Accidente cerebro vascular	
<input type="radio"/> Hipertensión		<input type="radio"/> Afección tiroidea	
<input type="radio"/> Latido del corazón irregular		<input type="radio"/> Arteritis de la temporal	
<input type="radio"/> Artritis reumatoide		<input type="radio"/> Tuberculosis	
<input type="radio"/> Cicatrización queloide		<input type="radio"/> Úlceras	
<input type="radio"/> Infecciones renales		<input type="radio"/> Infecciones urinarias	
<input type="radio"/> Lupus		<input type="radio"/> Síndrome de von Hippel-Lindau	
<input type="radio"/> Enfermedad de Lyme		<input type="radio"/> Otros	

Diabetes

Diabetes /¿cuando se diagnostica? _____ ¿insulina? Sí No cuantas veces al día _____

¿Cual es Hgb A1C? _____ rango reciente: de _____ a _____ ¿evalúa usted en casa? Sí No

¿Usted está en diálisis? Sí No

Nombre _____ fecha de nacimiento: _____ Idioma preferido: _____

favor indique cualquier problemas oculares previos y tratamientos:

Y N	Tratamiento del glaucoma:
Y N	Tratamiento de degeneración macular:
Y N	Tratamiento de la retinopatía diabética:
Y N	Otros:

Historia quirúrgica - Compruebe si ha recibido los siguientes procedimientos y año realizado.

Procedimiento quirúrgico	Fecha	Cirugía de cataratas	Fecha
		Ojo derecho	
		Ojo izquierdo	
		Cirugía de la retiniana	
		Ojo derecho	
		Ojo izquierdo	

Historia social

Estado civil: casado de soltero viudo divorciado separado

¿Fuma usted cigarrillos/cigarros? Sí No Número por día: _____ Años Fumando: _____ Año que dejo de fumar: _____

¿Bebe alcohol? Sí No ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Uso de drogas de pasado y presente (legal o ilegal) es importante para interacciones de drogas y anestésicos.
Por favor indicar si tenemos que ser conscientes de ello: sí no

¿Cuál es su ocupación? _____ ¿Está trabajando? Sí No

¿Han tenido una transfusión de sangre desde 1977? Sí No ¿Cuando? _____

Con Quien Vives: solo asilo de ancianos Persona de Cuidado/familia Otra _____

¿Tiene o ha tenido alguna vez cualquier mascotas? Sí No ¿qué tipo? _____

¿Ejercitas? Sí No ¿Qué? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Revisión de sistemas (marque todo lo que corresponda)

Salud General <input type="checkbox"/> Dolor en la mandíbula <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito <input type="checkbox"/> Problemas para dormir <input type="checkbox"/> Otros	Cardiovascular <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies	Endocrino <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Micción excesiva <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor <input type="checkbox"/> Otros	Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Otros
Los Otorrinolaringólogos <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Nariz que moquea <input type="checkbox"/> Otros	Neurológica <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Sensibilidad en cuero cabelludo <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Parálisis de extremidades <input type="checkbox"/> Temblor	Génito-urinario <input type="checkbox"/> Dolor/ardor al orinar <input type="checkbox"/> Otros	Tegumentario <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Cambio en Mole
Vías Respiratorias <input type="checkbox"/> Ronquillo <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Falta de aliento <input type="checkbox"/> Otros	Hematología / Oncología <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación <input type="checkbox"/> Otros	Músculo-esquelético <input type="checkbox"/> Dolores del músculo <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> Dificultad colocación plana de malestar Muscular	

