



Clarksville Eye Clinic

Información del Paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Género M / F Número de Seguro Social _____
Nombre del padre o guardian (si es menor de edad) _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono de Casa _____ Teléfono celular _____

En caso de emergencia contacta

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Aseguranza

Nombre del asegurado directo _____ Fecha de nacimiento _____
Número de Seguro Social _____ Relación con el paciente _____
Nombre del Seguro _____ Número de identificación _____
Empleador del asegurado directo _____

Aseguranza Secundaria

Nombre del asegurado directo _____ Fecha de nacimiento _____
Número de Seguro Social _____ Relación con el paciente _____
Nombre del Seguro _____ Número de identificación _____
Empleador del asegurado directo _____

- Yo doy permiso a Clarksville Eye Clinic y sus optometristas a examinar, diagnosticar, y tratar el paciente.
- Yo autorizo que mi doctor actue como agente en aydrame a obtener el pago de los servicios dados con todos mis proveedores de Seguro médico y visión. Autorizo que se pague directamente a mi doctor cuando el acepta el pago de esos servicios.
- Yo entiendo que soy últimamente responsable de la factura total de mis servicios, esto incluye pagos que mi Seguro Médico o Visión no cubra. Entiendo que soy responsable del costo de una agencia de colecciones si mi cuenta es enviada.
- Yo autorizo que Clarksville Eye Clinic se revele información medical y financial a los siguientes personas:
 - _____
 - _____
- He revisado y me ha sido entregada una copia de la Política de Privacidad

Firma _____ Fecha _____

Cuestionario de Historia Médica

Historia Médica

Tiene alergia a algun medicamento? Sí ___ No ___ Si su respuesta es "sí" explique a que es alérgico:

Escriba medicinas que está tomando (incluya anticonceptivos, vitaminas, medicina sin prescripción)

Escriba las cirugías u hospitalizaciones que ha tenido

Marque con un "X" si usted o alguien en su familia sufre de alguna de las siguientes enfermedades:

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problema de tiroides
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Lupus
<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Vascular	<input type="checkbox"/> Problemas Renales

Quién? _____

Está usted en embarazo? Sí ___ No ___ Lactando? Sí ___ No ___
Fuma? Sí ___ No ___ Consume alcohol? Nunca ___ Frecuente ___ Socialmente ___
Ha estado infectado o expuesto a alguna de estas enfermedades?
Gonorrea ___ Sífilis ___ SIDA ___ Hepatitis ___

Historia Ocular

Marque con un "X" las siguientes condiciones si usted la ha tenido o tiene

<input type="checkbox"/> Ojos cruzados	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Cirugía
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Infecciones o daño	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Problema en la retina	<input type="checkbox"/> Degeneración macular	

Cuando fue su último examen de los ojos? _____

Ha usado lentes antes? Sí ___ No ___ Usa lentes al presente? Sí ___ No ___
Usa lentes de contacto? Sí ___ No ___ Tipo de contactos? Suaves ___ Duros ___

Marque con un "X" los síntomas que sienta o ha sentido en sus ojos:

<input type="checkbox"/> Pérdida de la vision	<input type="checkbox"/> Secreción (mucosidad)	<input type="checkbox"/> Lagrimeo constante
<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Sensación arenosa	<input type="checkbox"/> Dolor
<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Comezón	<input type="checkbox"/> Flashes de luz
<input type="checkbox"/> Resequedad	<input type="checkbox"/> Ardor	<input type="checkbox"/> Objetos flotando
<input type="checkbox"/> Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Ojos cansados	

Historia familiar

Alguien en su familia ha sufrido de (Circule) Cataratas Glaucoma Problemas Retinales

Alguna otra enfermedad ocular? _____

Mencione el parentesco de quien ha sufrido tal enfermedad _____

Firma _____

Fecha _____

Medical History Questionnaire

Medical History

Are you allergic to any medications? Yes ___ No ___ If your answer is yes, explain:

Write the medications that you are taking (including contraceptives, vitamins, and OTC medicine)

Write the surgeries and hospitalizations that you have had

Mark with an "X" if you or anyone in your family have had any of the following illnesses:

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Thyroid problems
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Migraines	<input type="checkbox"/> Lupus
<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> Vascular problems	<input type="checkbox"/> Kidney problems

Who? _____

Are you pregnant? Yes ___ No ___

Breast-feeding? Yes ___ No ___

Do you smoke? Yes ___ No ___

Drink alcohol? Never ___ Frequently ___ Socially ___

Have you been infected with or exposed to any of these diseases?

Gonorrhea ___

Syphilis ___

Aids ___

Hepatitis ___

Ocular History

Mark with an "X" the following conditions that you have had or have currently:

<input type="checkbox"/> Crossed Eyes	<input type="checkbox"/> Cataracts	<input type="checkbox"/> Surgery
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Infections or injuries	<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Retinal problem	<input type="checkbox"/> Macular degeneration	

When was your last eye exam? _____

Have you used glasses before? Yes ___ No ___

Do you use glasses now? Yes ___ No ___

Do you use contact lenses? Yes ___ No ___

Type of contacts? Soft ___ Hard ___

Mark with an "X" the symptoms that you have had or have currently in the eyes:

<input type="checkbox"/> Loss of vision	<input type="checkbox"/> Discharge	<input type="checkbox"/> Constant watering
<input type="checkbox"/> Blurry vision	<input type="checkbox"/> Sandy feeling	<input type="checkbox"/> Pain
<input type="checkbox"/> Double vision	<input type="checkbox"/> Itching	<input type="checkbox"/> Flashes of light
<input type="checkbox"/> Dryness	<input type="checkbox"/> Burning	<input type="checkbox"/> Floaters
<input type="checkbox"/> Redness	<input type="checkbox"/> Tired eyes	

Family History

Does anyone in your family have (circle) Cataracts Glaucoma Retinal problems

Other ocular disease? _____

Which relative has had this? _____

Signature _____

Date _____