

Dra. Kathy J. McKenzie
Registro de Paciente/Seguro de Hoja de Verificacion

Fecha: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Medio Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Numero de seguro social _____/_____/_____ Domicilio _____

Num. de telefono: Casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Celular _____ Trabajo _____ E-mail _____

Sex H M Ultimo examen de ojos _____

INFORMACION DEL TITULAR DE LA TARJETA DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Medicare Medicaid u Otro _____ Nombre _____

Relacion al paciente: Yo-Conyuge Padre Tutor _____ Numero de seguro social _____/_____/_____

Numero de Telefono: Casa _____ Trabajo _____

Fecha de Nacimiento _____/_____/_____ Empleador _____

PORFAVOR INICIALE Y FIRME _____

_____ 1. Yo autorizo la divulgacion de informacion necesaria para procesar las reclamacions, incluidas por medios electronicos, si esta disponible y solicitar beneficios prestarse a la Dra. Kathy J. McKenzie.

_____ 2. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubierto por el seguro.

_____ 3. Esta Autorizacion permancera en vigor hasta ser revocada por mi por escrito.

Firma del paciente o padre del paciente o tutor: _____ fecha _____

HISTORIAL MEDICO

Tiene alguna alergia a una medicina? No Si Si tiene porfavor explique _____

Escriba cualquier medicamento que usted toma (incluya los anticonceptivos orales, aspirina, medicamentos de venta libre y remedios): _____

Escriba todos los lesiones, cirugias y hospitalizaciones que ha tenido: _____

Escriba si a tenido alguna de los siguientes: Estrabismo del ojo, ojo perezoso, parpada caido, glaucoma, enfermedad de la retina, cataratas, infecciones oculares, o de algun golpe a un o ojo(s) _____

Esta embarazada o esta amamantando? No Si

Usa lentes? No Si Si usa cuanto tiene con sus lentes? _____

Usa lentes de contacto? No Si Si usa cuanto tiene con sus contactos? _____

Que tipo de contacto usa? Rigido Suave Usa prolongado u otro Son comodis usa No Si

HISTORIA SOCIAL

Esta Informacion es estrictamente confidencial. Sin Embargo, se puede discutir esta parte directamente con la doctora si prefiere.

Preferiria hablar con la dra. Sobre mi historia. Marque

Maneja? No Si Si su respuesta fue si, tiene dificultades cuando maneje No Si Si su respuesta fue si Explique _____

Usa productos con tabacco? No Si Si su respuesta es si, que tipo/cuanto/desde cuando: _____

Bebe alcol? No Si Si su respuesta es si, que tipo/cuanto/desde cuando: _____

Usa drogas ilegales? No Si Si su respuesta es si, que tipo/cuanto/desde cuando: _____

Ha estado expuesto o infectado con una enfermedad venereas: Gonorrhea Hepatitis VIH Sifilis

REVISION DE SISTEMA

Usted actualmente ha tenido problemas en las siguientes areas:

	No	Yes	?		No	Yes	?
SISTEMA CONSTITUCIONAL				SISTEMA DE OIDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA			
Fiebre, Peso Aumento/Perdio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias/Fiebre del heno _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTEGUMENTARY (Piel) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestamiento de sinusitis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUROLOGICO				Nariz que moquea _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goto Post Nasal _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migranas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toz cronica _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulciones _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resequedad de la garganta _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OJOS				RESPIRATORIOS			
Perdida de la vision _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision borrosa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis Cronica _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision distorcionada/Halos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisima _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de la vision lateral _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VASCULAR/CARDIOVASCULARES			
Doble Vision _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resequedad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor del corazon _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secrecion mucuosa (mucha lagana) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta Presion _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos rojos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Vascular _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensacion de arena o arenoso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GASTROINTESTINALES			
Comezon _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LeArden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrenimiento _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensacion de algo extrano en el ojo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENITOURINARION			
Exceso de lagrimeo/le lloran _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales/Rinones/Vejiga _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deslumbramiento/sencillez ala luz _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HUESOS/CONYUNTURAS/MUSCULOS			
Dolor de los ojos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Rheumatoide _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
infeccion cronica del ojo o parpado _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chalazion/Perrillas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de conyunturas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destellos/flotantes en la vision _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LINFATICO/HEMATOLOGICAS _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos Cansados _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SISTEMA ENDOCRINO				Problemas de Sangrados _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides u otras glaudulas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergico/Inmunologica _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Psiquiatrico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondio Si a cualquiera de los anteriores o tiene una condicion que no aparece, porfavor explique y enlisted medicamentos: _____

HISTORIA DE LA FAMILIA

Porfavor tenga en cuenta a los antecedentes familiares - Padres, abuelos, hermanos (a) hijos, vivos o fallecido, para las siguientes condiciones: _____

Enfermedad/Condicion	No	Si	Relacion a Usted
Ceguedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Visquedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneracion Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Desprendo de la retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de los tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Una u otra enfermedad que no este en la lista			_____