



*Board-Certified Medical and Surgical Ophthalmologists
Fellows of the American Academy of Ophthalmology*

Baptiste J. Dejean, III, M.D., F.A.C.S.
Craig C. Kuglen, Jr., M.D.
Linda H. Lin, M.D.
Mark H. Wilkerson, M.D.
Andrew W. Dvorak, M.D.

Brian C. Au, M.D.
Renee E. Williams, O.D.

Aviso a los pacientes: La mayoría de las compañías de seguro médico no pagarán por un examen ocular completo con un OFTALMÓLOGO a menos que sea debido a una enfermedad médica o una lesión.

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de envoi: _____ Ciudad: _____ Estado: Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número Celular: _____

Método de contacto preferido (por favor circule uno):

Llamar al teléfono de casa

Mensaje de texto

Mensaje de correo electrónico

Número de seguridad social del paciente: _____ Masculino ___ Hembra ___

Nombre de la esposa: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

¿El doctor que te derivó?: _____ Teléfono: _____

Un pariente que no vive contigo: _____ Teléfono: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR: Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono del padre o tutor a continuación.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección de envoi: _____

(Página 1 de 2)

Conroe
400 South Loop 336 West
Conroe, TX 77304
(936) 539-4500

Huntsville
3361 Montgomery Road.
Huntsville, TX 77340
(936) 294-0218

Woodlands
129 Vision Park Blvd., Ste. 110
Shenandoah, TX 77384
(281) 719-5214



*Board-Certified Medical and Surgical Ophthalmologists
Fellows of the American Academy of Ophthalmology*

Baptiste J. Dejean, III, M.D., F.A.C.S.
Craig C. Kuglen, Jr., M.D.
Linda H. Lin, M.D.
Mark H. Wilkerson, M.D.
Andrew W. Dvorak, M.D.

Brian C. Au, M.D.
Renee E. Williams, O.D.

- ❖ *NECESITAMOS UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO E IDENTIFICACIÓN DE FOTOGRAFÍA PARA LA PRUEBA DE SEGURO.*
- ❖ *NO ACEPTAMOS PAGOS DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES*
- ❖ *ES NUESTRA POLÍTICA QUE EL PAGO SE REALICE EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS*
- ❖ *NO BUSCAMOS UN TERCERO PARA FACTURAR.*
- ❖ *UN PADRE / TUTOR ES RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS POR UN MENOR DE EDAD.*

Al firmar abajo, autorizo:

1. Mi consentimiento para el tratamiento médico por parte del médico /personal de Avery Eye Clinic y reconozco que no se han hecho garantías con respecto a los resultados del tratamiento /examen.
2. Pago de mi compañía de seguros a Avery Eye Clinic para recibir tratamiento medico.
3. Entiendo que soy responsable de todos los cargos no pagados por mi seguro.
4. La divulgación de cualquier registro médico, cuando sea necesario, a / de otro médico, hospital u otro centro médico.
5. Divulgación de información médica desde / hacia el seguro para el procesamiento de reclamos.
6. SOY RESPONSABLE SI NO OBTENÍA UNA REFERENCIA O AUTORIZACIÓN DE MI COMPAÑÍA DE SEGUROS O EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.
7. Enumera los nombres de las personas a quienes le podemos dar su INFORMACIÓN DE SALUD PRIVADA:

8. Permiso para dejar un recordatorio de cita en el contestador automático.

Firma del paciente o tutor

la fecha firmada

Conroe
400 South Loop 336 West
Conroe, TX 77304
(936) 539-4500

Huntsville
3361 Montgomery Road.
Huntsville, TX 77340
(936) 294-0218

Woodlands
129 Vision Park Blvd., Ste. 110
Shenandoah, TX 77384
(281) 719-5214



*Board-Certified Medical and Surgical Ophthalmologists
Fellows of the American Academy of Ophthalmology*

Baptiste J. Dejean, III, M.D., F.A.C.S.
Craig C. Kuglen, Jr., M.D.
Linda H. Lin, M.D.
Mark H. Wilkerson, M.D.
Andrew W. Dvorak, M.D.

Brian C. Au, M.D.
Renee E. Williams, O.D.

AVERY EYE CLINIC POLITICA FINANCIERA

En Avery Eye Clinic, creemos que todos los pacientes que acuden a esta oficina merecen la mejor atención médica y el mejor servicio disponible. Para que podamos brindarle atención de la vista de la más alta calidad, utilizando la tecnología actual, debemos cubrir los gastos necesarios para operar este centro. Para reducir la confusión y los malentendidos entre nuestros pacientes y nuestra oficina, hemos adoptado las siguientes políticas financieras. Si tiene alguna pregunta sobre estas políticas, discútalas con el Supervisor de facturación.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Proveedor dentro de la red / participante:** estas son compañías de seguros con las que tenemos un acuerdo contractual. Si estamos "dentro de la red", acordamos una tarifa de descuento con la compañía de seguros para sus miembros
- **Fuera de la red / proveedor no participante:** estas son compañías de seguros con las que no tenemos un acuerdo contractual. Si no estamos "dentro de la red" con su compañía de seguros, y usted no tiene beneficios "fuera de la red" en su póliza, no le facturaremos a su compañía de seguros y se lo considerará un paciente de "Pago por Paciente", responsable de Todos los servicios prestados en su visita. Nos complacerá darle un recibo detallado de su visita para que pueda presentar un reclamo ante su compañía de seguros.
- **Aceptar asignación:** aceptamos el pago de su compañía de seguros por los servicios prestados. Usted seguirá siendo responsable de cualquier monto de deducible, copago y / o coseguro en el momento en que se preste el servicio.

PAGO AL MOMENTO DEL SERVICIO: Como cortesía, facturaremos a su seguro las visitas al consultorio. Sin embargo, le pedimos que pague cualquier parte que tengamos razón para creer que no estará cubierta por su seguro (es decir, deducible, copago, coseguro, servicios no cubiertos). El pago completo se realizará el día del servicio.

PAGO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO: Como cortesía, facturaremos a su seguro las visitas al consultorio. Sin embargo, le pedimos que pague cualquier parte que tengamos razón para creer que no estará cubierta por su seguro (es decir, deducible, copago, coseguro, servicios no cubiertos). El pago completo se realizará el día del servicio.

REFERENCIA: Si no obtuvo una referencia o autorización requerida de su compañía de seguros o médico de atención primaria y se requiere una, usted será responsable de todos los cargos.

PACIENTES DE MEDICARE: Si tiene Medicare como su seguro primario, pero no tiene un seguro secundario / suplementario, entonces usted es responsable del deducible y el coseguro de Medicare en el momento del servicio.

OPCIONES DE PAGO: Avery Eye Clinic acepta efectivo, cheques, todas las principales tarjetas de crédito y Care Credit. Hay una tarifa de \$ 25 por todos los cheques devueltos.

REGISTROS MÉDICOS: Una copia de sus registros médicos está disponible para usted a petición suya. El paciente debe completar y firmar un formulario de divulgación de registros médicos antes de la liberación. La tarifa para la preparación y copia de registros médicos es de \$ 25.00.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES: Avery Eye Clinic presentará su reclamo de seguro en su nombre; sin embargo, es importante entender que su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Si bien presentamos reclamos de seguros como cortesía para usted, usted sigue siendo responsable de todos los cargos que su seguro no pague, como deducibles, copagos, coseguros y servicios no cubiertos.

Su plan de seguro médico solo pagará los servicios que define como "razonables y necesarios". Si su proveedor determina que un servicio en particular no cumple con los criterios de los estándares del programa, su plan le negará el pago por este servicio. En el caso de que su compañía de seguros determine que un servicio "no está cubierto", usted será responsable del cargo completo de ese servicio.

SALDO DEBIDO DESPUÉS DE QUE EL SEGURO PAGUE: Los pacientes recibirán un estado de cuenta con cualquier saldo pendiente, una vez que todas las compañías de seguros correspondientes hayan respondido y los pagos se hayan publicado. Si se debe pagar un saldo después de que su compañía de seguros pague, su pago se realizará al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina. Se pueden hacer arreglos de pago para circunstancias especiales poniéndose en contacto con el Supervisor de facturación dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la factura. Es su responsabilidad ponerse en contacto con nuestra oficina para hacer arreglos de pago.

REFRACCIONES: Medicare, Medicaid y la mayoría de los planes de seguro comerciales no cubren las pruebas de refracción. Medicare y Medicaid solo reembolsan los servicios que consideren médicamente necesarios, o son beneficios de programas especiales de detección y prevención. La refracción (CPT 92015) es un beneficio no cubierto, ya que se considera de "rutina". El costo de esta prueba, cuando sea necesario, es de \$ 40.00. Si su oftalmólogo determina que necesita que le realicen una prueba de refracción y su seguro no lo cubre, usted será responsable de pagar esa parte de la tarifa del examen, junto con cualquier otra tarifa de la que sea normalmente responsable (es decir, Copagos, coseguros, deducibles).

"Entiendo que, según la opinión de mi oftalmólogo, el servicio que se menciona anteriormente y que se me brindó puede que no esté cubierto por mi plan de seguro comercial, Medicare o Medicaid, según sea razonable y necesario para mi atención. Entiendo que soy responsable del pago de los servicios o artículos que solicito y recibo, si se determina que estos servicios o artículos no son un beneficio cubierto ".X

(Paciente / Firma Responsable)

CANCELACIÓN TARDÍA/CITA SIN PRESENTACIÓN: Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible, pero no menos de 24 horas antes de su cita programada. Esto nos da tiempo para programar a otros pacientes que pueden estar esperando una cita. La cancelación tardía / no presentación puede resultar en una tarifa de \$ 25.00 por la primera aparición, aumentando a una tarifa de \$ 50.00 por cualquier aparición posterior, y revisar para el despido como paciente de Avery Eye Clinic. La tarifa se cobra al paciente, no a la compañía de seguros, y se debe pagar en el momento de la próxima visita al consultorio del paciente. Si existen circunstancias atenuantes por las cuales no puede dar el aviso con un mínimo de 24 horas, comuníquese con nuestro Supervisor de Recepción para hablar.

He leído y entiendo la política financiera de Avery Eye Clinic y acepto cumplir con sus términos. También entiendo y acepto que Avery Eye Clinic puede modificar dichos términos en cualquier momento.

Firma del paciente o parte responsable (si el paciente es menor de edad)

Fecha

Nombre impreso del paciente / parte responsable



*Board-Certified Medical and Surgical Ophthalmologists
Fellows of the American Academy of Ophthalmology*

Baptiste J. Dejean, III, M.D., F.A.C.S.
Craig C. Kuglen, Jr., M.D.
Linda H. Lin, M.D.
Mark H. Wilkerson, M.D.
Andrew W. Dvorak, M.D.

Brian C. Au, M.D.
Renee E. Williams, O.D.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: 23/09/2013

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información.

Su registro médico puede contener información personal sobre su salud. Esta información puede identificarlo y relacionarse con su condición de salud física y / o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados, y se denomina Información de salud protegida (PHI). Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su PHI de acuerdo con la ley aplicable. También describe sus derechos con respecto a cómo puede obtener acceso y controlar su PHI. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de la PHI y que le notifiquemos nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Cualquier nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad será efectivo para toda la PHI que mantenemos en ese momento. Le proporcionaremos una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad revisado publicando una copia en nuestro sitio web, enviándole una copia por correo a solicitud, o proporcionándole una en su próxima cita.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Para atención o tratamiento: Su PHI puede usarse y divulgarse a quienes participan en su atención con el fin de proporcionar, coordinar o administrar sus servicios. Esto incluye la consulta con los supervisores clínicos u otros miembros del equipo. Se requiere su autorización para divulgar la PHI a cualquier otro proveedor de atención que no esté involucrado actualmente en su atención. Ejemplo: Si otro médico lo remitió a nosotros, podemos comunicarnos con ese médico para hablar sobre su atención. Del mismo modo, si lo remitimos a otro médico, podemos comunicarnos con ese médico para hablar sobre su atención o pueden comunicarse con nosotros.

Para pago: Su PHI puede ser utilizada y divulgada a cualquier parte involucrada en el pago de la atención del tratamiento. Si paga su cuidado o tratamiento completamente de su bolsillo sin usar ningún seguro, puede restringir la divulgación de su PHI para el pago. Ejemplo: su pagador puede requerir copias de su PHI durante el curso de una solicitud de registro médico, auditoría de gráficos o revisión.

Para operaciones comerciales: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su PHI para respaldar nuestras actividades comerciales, que incluyen, entre otras, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados, licencias y la realización u organización de otras actividades comerciales. También podemos divulgar su PHI en el transcurso de proporcionarle recordatorios de citas o dejar mensajes en su teléfono o en su hogar sobre preguntas que haya hecho o resultados de exámenes. Ejemplo: podemos compartir su PHI con terceros que realizan diversas actividades comerciales (por ejemplo, el Consejo de Acreditación u otros organismos reguladores o de licencias) siempre que tengamos un contrato escrito con el negocio que lo exija para salvaguardar la privacidad de su PHI.

Requerido por la ley: Conforme a la ley, debemos divulgar su PHI a su solicitud. Además, debemos hacer revelaciones al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos con el propósito de investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Regla de Privacidad, si así lo requiere.

Sin autorización: La ley aplicable y las normas éticas nos permiten divulgar información sobre usted sin su autorización solo en un número limitado de otras situaciones. Ejemplos de algunos de los tipos de usos y divulgaciones que se pueden hacer sin su autorización son los que están:

- Requerido por la ley, como la notificación obligatoria de abuso o negligencia infantil o auditorías o investigaciones obligatorias de agencias gubernamentales (como el departamento de salud)
- Requerido por orden judicial
- Necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. Si se divulga información para prevenir o disminuir una amenaza grave, se divulgará a una persona o personas razonablemente capaces de prevenir o disminuir la amenaza, incluido el objetivo de la amenaza.

Permiso verbal: Podemos usar o divulgar su información a familiares que están directamente involucrados en su recepción de servicios con su permiso verbal.

Con autorización: Los usos y las divulgaciones no permitidos específicamente por la ley aplicable se realizarán únicamente con su autorización por escrito, que puede ser revocada. Se requiere su autorización explícita para divulgar notas de psicoterapia y PHI para fines de marketing, comunicación de tratamiento subsidiado y para la venta de dicha información.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI: Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre usted. Para ejercer cualquiera de estos derechos, envíe su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad: Tami Robichau, Avery Eye Clinic, 400 S. Loop 336 West, Conroe, TX 77304

Derecho De Acceso Para Inspeccionar Y Copiar: Usted tiene el derecho, que puede estar restringido solo en circunstancias excepcionales o con los documentos que se nos entreguen, para inspeccionar y copiar la PHI que se puede usar para tomar decisiones sobre el servicio prestado.

Derecho A Modificar: Si considera que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Aunque no estamos obligados a aceptar la enmienda.

Derecho A Una Contabilidad De Revelaciones: Tiene derecho a solicitar un informe de algunas de las divulgaciones que hacemos de su PHI. Es posible que le cobremos una tarifa razonable si solicita más de una contabilidad en cualquier período de 12 meses.

Derecho A Solicitar Restricciones: Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso o divulgación de su PHI para servicios, pagos u operaciones comerciales. No estamos obligados a aceptar su solicitud.

Derecho A Solicitar Comunicación Confidencial: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de PHI de una manera específica (por ejemplo, teléfono, correo electrónico, correo postal, etc.)

Derecho A Una Copia De Este Aviso: Usted tiene derecho a una copia de este aviso.

PRIVACIDAD DEL SITIO WEB: Cualquier información personal que nos proporcione a través de nuestro sitio web, incluida su dirección de correo electrónico, nunca será vendida ni alquilada a terceros sin su permiso expreso. Si nos proporciona información personal o de contacto para recibir algo de nosotros, podemos recopilar y almacenar esa información personal. No recopilamos automáticamente su dirección de correo electrónico personal simplemente porque visita nuestro sitio web. En algunos casos, podemos asociarnos con un tercero para proporcionar servicios tales como boletines informativos, encuestas para mejorar nuestros servicios, actualizaciones de salud o de la compañía y, en tal caso, es posible que debamos proporcionar su información de contacto a dichos terceros. Sin embargo, esta información solo se proporcionará a estos socios externos específicamente para estas comunicaciones, y el tercero NO usará su información por ningún otro motivo. Si bien podemos rastrear el volumen de visitantes en páginas específicas de nuestro sitio web y descargar información de páginas específicas, estos números solo se usan en conjunto y sin ninguna información personal que pueda identificarlo a usted o a cualquier visitante de nuestro sitio..

Nuestro sitio puede contener enlaces a otros sitios web externos. No podemos responsabilizarnos de las políticas de privacidad o las prácticas de estos sitios y le recomendamos que verifique las prácticas de privacidad de todos los sitios de Internet que visite. Si bien hacemos todos los esfuerzos posibles para garantizar que toda la información proporcionada en nuestro sitio web sea correcta y precisa, no ofrecemos ninguna garantía, expresa o implícita, en cuanto a la exactitud, integridad o puntualidad de la información disponible en nuestro sitio. No nos hacemos responsables ante ninguna persona por cualquier pérdida, reclamación o daño causado en su totalidad o en parte por cualquiera de los datos que se detallan en este documento. Cualquier cambio a esta Política de privacidad se hará público en este sitio para que sepa qué información recopilamos y cómo la usamos.

INCUMPLIMIENTOS: Se le notificará de inmediato si recibimos información de que se ha producido una violación de su PHI.

QUEJAS: Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja por escrito ante el Oficial de Privacidad de Avery Eye Clinic. Si tiene preguntas y desea información adicional, puede comunicarse con nosotros llamando al 936-539-4500.

Conroe
400 South Loop 336 West
Conroe, TX 77304
(936) 539-4500

Huntsville
3361 Montgomery Road.
Huntsville, TX 77340
(936) 294-0218

Woodlands
129 Vision Park Blvd., Ste. 110
Shenandoah, TX 77384
(281) 719-5214



*Board-Certified Medical and Surgical Ophthalmologists
Fellows of the American Academy of Ophthalmology*

Baptiste J. Dejean, III, M.D., F.A.C.S.
Craig C. Kuglen, Jr., M.D.
Linda H. Lin, M.D.
Mark H. Wilkerson, M.D.
Andrew W. Dvorak, M.D.

Brian C. Au, M.D.
Renee E. Williams, O.D.

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Aviso al paciente:

Estamos obligados a proporcionarle una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Avery Eye Clinic, que establece cómo podemos usar y / o divulgar su información médica. Por favor firme este formulario para acusar recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad. Si lo desea, puede negarse a firmar este reconocimiento.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Avery Eye Clinic.

Firma del paciente o parte responsable (si pt es un menor)

Nombre del paciente impreso

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

We have made every effort to obtain written acknowledgement of the receipt of Avery Eye Clinic's Notice of Privacy Practices from the above-named patient, but it could not be obtained because:

- The patient refused to sign.
- Due to an emergency situation it was not possible to obtain an acknowledgement.
- We were not able to communicate with the patient.
- Other *(Please provide specific details)*

Employee Signature

Date

Conroe
400 South Loop 336 West
Conroe, TX 77304
(936) 539-4500

Huntsville
3361 Montgomery Road.
Huntsville, TX 77340
(936) 294-0218

Woodlands
129 Vision Park Blvd., Ste. 110
Shenandoah, TX 77384
(281) 719-5214



*Board-Certified Medical and Surgical Ophthalmologists
Fellows of the American Academy of Ophthalmology*

Baptiste J. Dejean, III, M.D., F.A.C.S.
Craig C. Kuglen, Jr., M.D.
Linda H. Lin, M.D.
Mark H. Wilkerson, M.D.
Andrew W. Dvorak, M.D.

Brian C. Au, M.D.
Renee E. Williams, O.D.

Por favor complete el anverso y reverso de este formulario de historial médico.

Nombre: _____ Fecha: _____

Médico familiar: _____ Fuente de referencia: _____

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS CORPORALES:

¿Está experimentando actualmente alguno de los siguientes síntomas? (*Encierra en un círculo todo lo que corresponda*)

Constitucional

Fiebre
 Fatiga
 Poco apetito
 Sudores nocturnos
 Resfriado

Ojo

Borroso
 Brumoso
 Deslumbramiento
 Ceguera
 Visión de túnel

Ear/Nose/Throat

Congestión
 Dolor de garganta
 Problemas de audición
 Zumbido del oído
 Hemorragia nasal
 Ronquera

Cardiovascular

Corazón de carreras
 Hinchazón de tobillos
 Dolor/presion en el pecho

Respiratorio

Falta de aliento
 Tosiendo
 Sibilancias

Gastrointestinal

Indigestión
 Náuseas vómitos
 Diarrea
 Estreñimiento
 Alquitranadas/heces con sangre

Genitourinario

Dificultad para orinar
 Micción frecuente
 Micción ardiente
 dolor al orinar

Musculoesquelético

Debilidad
 Dolor de cuerpo
 Calambres musculares

Piel / Pecho

Urticaria
 Llagas
 Terrón
 Dolor
 Pain

Neurológico

Mareo
 Dolor de cabeza intense
 Dolor de cuello
 Dolor de espalda
 Entumecimiento

Psiquiátrico

Confusión
 Mala memoria
 depresión ansiedad
 Dormir mal
 Nervioso / Tenso

Endocrino

Pérdida de peso
 Aumento de peso
 Energía pobre

Hematológico / Linfático

Moretones
 Sangrado de la nariz
 Ganglios linfáticos

Alergia / sistema inmune

Seno
 Estornudo
 Fiebre de heno
 Infecciones frecuentes

Otro: _____

HISTORIA MÉDICA PASADA: Circule cualquier condición médica que el paciente haya tenido en el pasado.

Cataratas	Úlcera	Enfermedad del corazón	Parálisis	Cáncer (tipo):
Glaucoma	Ictericia	Cálculos renales	Adicto a las drogas	Alta presión sanguínea
Fiebre de heno	Cálculos biliares	Problemas de vejiga	Problemas de próstata	Tuberculosis
Asma	Enfermedad del hígado	Enfermedad de tiroides	Enfermedad nerviosa	Anemia
Diabetes	Hepatitis	Carrera	Enfermedad muscular	Desorden sangrante
Neumonía	Colitis	Infecciones	Convulsiones	

OTRO OJO O PROBLEMA MEDICO:

<u>Ojo / problema médico</u>	<u>Fecha</u>	<u>Ojo / problema médico</u>	<u>Fecha</u>
1. _____	_____	4. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____

CIRUGÍAS PREVIAS:

<u>Cirugía</u>	<u>Fecha</u>	<u>Cirugía</u>	<u>Fecha</u>
1. _____	_____	4. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____

LA HISTORIA MÉDICA DE LA FAMILIA: Encierre en un círculo cualquiera de las siguientes enfermedades que se presentan en la familia del paciente.

Diabetes	Glaucoma	Convulsiones	Enfermedad del corazón
Accidente cerebrovascular	Enfermedad de la mácula	Artritis	Asma
Alta presión sanguínea	Cáncer	Migraña	Coto

<u>Otra enfermedad</u>	<u>Relación</u>	<u>Otra enfermedad</u>	<u>Relación</u>
1. _____	_____	3. _____	_____
2. _____	_____	4. _____	_____

MEDICAMENTOS ACTUALES: (Prescripción, sin receta, suplementos herbales / dietéticos, vitaminas)

1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____

ALERGIA A LOS MEDICAMENTOS:

1. _____	3. _____
2. _____	4. _____

HISTORIA SOCIAL:

¿Actualmente consumes tabaco? **si / no** ¿Lo has usado en el pasado? **si / no** ¿Que tipo? _____
¿Cuánto cuesta cada día? _____ ¿Por cuanto tiempo? _____
¿Bebes alcohol? **si / no** Type: _____ ¿Que cantidad? _____
¿Tiene antecedentes de uso de drogas o adicción? **si / no** ¿Que tipo? _____

For office use only: ROS and PFSH Updated

Date: _____	Initials: _____	Date: _____	Initials: _____
Date: _____	Initials: _____	Date: _____	Initials: _____