

## CUESTIONARIO SOBRE LOS ANTECEDENTES DEL PACIENTE

*(Se requiere completar en las citas de todos los pacientes)*

*Bienvenido a nuestra oficina*

Título ( ) Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 (Sr., Sra. Srta., Dr.)

Nombre por el que desea que le llamen \_\_\_\_\_ Correo-E \_\_\_\_\_

Domicilio de casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacer \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_  
 (Teléfono, Correo-E, Carta)

Empleador/Escuela \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ (Elija el que prefiera)  
 Celular \_\_\_\_\_

Nombre del progenitor, tutor legal o cónyuge \_\_\_\_\_  Casa \_\_\_\_\_

Nombres de integrantes de la familia a quienes les hemos proporcionado cuidados \_\_\_\_\_  Trabajo \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora \_\_\_\_\_ N° ID \_\_\_\_\_ Fecha de Nacer \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Vínculo con el paciente \_\_\_\_\_ del suscriptor \_\_\_\_\_

**Raza (opcional): Etnia (opcional):**  Indígena americana  Asiático  Afroamericano  Hispano o latino  Nativo de Hawái/Nativo de la Polinesia  Blanco o caucásico  Ni hispano ni latino Idioma preferido: \_\_\_\_\_

### Antecedentes médicos/Revisión por sistemas

Escriba los medicamentos que está tomando (incluya gotas oftálmicas, píldoras anticonceptivas, vitaminas o medicamentos que no requieren receta médica):

\_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento?  Sí  No Indique a cuál(es): \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Pediatra: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Ubicación \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### ¿Padece o ha padecido alguno de los siguientes problemas?

No  Sí Asma/EPOC  No  Sí Trastornos gastrointestinales (úlceras, dolor abdominal, diarrea)  
 No  Sí Diabetes  No  Sí Problemas cardíacos  No  Sí Hipertensión  No  Sí Trastornos musculoesqueléticos

No  Sí Colesterol alto  No  Sí (parálisis, debilidad, migraña, ictus previo)

#### Problemas neurológicos

No  Sí Problemas de tiroides  No  Sí Trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad)

No  Sí Artritis  No  Sí Problemas respiratorios (dificultad para respirar, sibilancias)

No  Sí Fiebre crónica, aumento/diminución repentina de peso, fatiga  No  Sí Alergias estacionales

No  Sí Otorrinolaringológico (pérdida de la audición, sinusitis) Problemas dermatológicos (erupciones, resequeidad excesiva, rosácea)

No  Sí  No  Sí Trastornos endocrinos  No  Sí Problemas urinarios (dolor o malestar, sangre en la orina)

Embarazo/Lactancia  Otros padecimientos/enfermedades \_\_\_\_\_

Enliste cualquier lesión/cirugía/hospitalización de importancia que haya experimentado:

\_\_\_\_\_

### Antecedentes oftalmológicos: ¿Padece o ha padecido alguna vez alguno de los siguientes problemas?

Visión borrosa  Cataratas  Visión doble  Ojos secos  Lesión ocular  Cirugía del ojo  Destellos de luz  Puntos

"flotantes"  Glaucoma  Estrabismo/Ojo vago  Degeneración macular  Migraña/Jaqueca  Desprendimiento de retina ¿Le

interesaría corregir su problema de visión a través de cirugía LASIK?  Sí  No

### Antecedentes familiares (madre, padre, abuelos, hermanos)

Ceguera  Cataratas  Glaucoma  Estrabismo/Ojo vago  Degeneración macular  Desprendimiento de retina  Diabetes

Hipertensión  Otro problema de los ojos o trastorno ocular: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Otro

¿Conduce?  Sí  No Si respondió 'Sí', ¿padece problemas visuales al conducir?  Sí  No Si respondió 'Sí', describa: \_\_\_\_\_

**Antecedentes de tabaquismo**

Actualmente fuma a diario

Actualmente fuma esporádicamente ¿Bebe alcohol?  Sí  No \_\_\_\_\_  Antes fumaba

¿Usa drogas ilegales?  Sí  No \_\_\_\_\_  Nunca ha fumado Está infectado o ha tenido contacto con alguien infectado con:  VIH  Hepatitis  Fumador (No se conoce con qué frecuencia)

Si el paciente tiene 18 años de edad o menos, complete lo siguiente:

¿Algún problema prenatal, perinatal o postnatal?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Algún problema de desarrollo?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Le preocupa el desempeño escolar de su hijo?: \_\_\_\_\_

Último médico ocular u oftalmólogo: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen ocular: \_\_\_\_\_

¿Actualmente padece problemas de visión u oculares?  Sí  No

Si respondió 'Sí', descríbalos: \_\_\_\_\_

¿Usa anteojos?:  Sí  No ¿Cuánto tiempo tiene con ellos? \_\_\_\_\_ ¿Son bifocales?  Sí  No

Son para:  Leer  Ver de lejos  Ambos casos

¿Ha usado lentes de contacto?  Sí  No Si respondió 'Sí', ¿cuándo se los prescribieron? \_\_\_\_\_

¿Usa lentes de contacto actualmente?  Sí  No Si respondió 'No', ¿por qué los dejó de usar? \_\_\_\_\_

¿Le interesa usar lentes de contacto?  Sí  No Si respondió 'Sí', lea la siguiente información referente a los lentes de contacto.

Nationwide Vision prescribe lentes de contacto de calidad para mejorar su visión y su estilo de vida. Los lentes de contacto son dispositivos médicos regulados por la FDA que pueden causar incomodidad, infecciones e incluso pérdida permanente de la vista si no se tienen los cuidados adecuados. Las personas que comienzan a utilizar lentes de contacto o quienes ya los utilizan, requieren de tiempo y evaluaciones adicionales durante el examen ocular para disminuir los riesgos de problemas oculares severos. Dichas evaluaciones adicionales únicamente se realizan a las personas que utilizan lentes de contacto, no a los pacientes que no utilizan este tipo de lentes. Por este motivo, a las personas que comienzan a utilizar lentes de contacto o quienes ya los utilizan se les realizan evaluaciones adicionales para usar lentes de contacto, así como cargos adicionales por el servicio. Sus evaluaciones para usar lentes de contacto y los cargos adicionales incluyen:

1. Medición de la curvatura específica de las córneas.
2. Evaluación de lentes actuales y los nuevos para asegurar los mejores niveles de ajuste, visión y comodidad.
3. Evaluación médica de la córnea, la película lagrimal y la conjuntiva, ya que se involucran en el uso de lentes de contacto.
4. Instrucciones referentes al uso libre de riesgos de lentes de contacto, su cuidado, su limpieza y las soluciones apropiadas.
5. Atención de seguimiento para los lentes de contacto durante 90 días.

**Si tiene alguna pregunta, no dude en comentarla con su médico.**

El pago de todos los servicios y productos es responsabilidad del paciente.

Acepto pagar todos los copagos, deducibles, coaseguros y servicios sin cobertura, de acuerdo a lo que determine mi compañía aseguradora. Comprendo que por cada cheque rechazado se aplica un recargo.

Acepto pagar un 25% adicional de la cantidad adeudada como comisión de cobro en todas las cuentas no pagadas dentro del tiempo indicado en el extracto final mensual. Autorizo que Nationwide Vision divulgue a mi compañía aseguradora la información médica referente a mis enfermedades y tratamientos.

También autorizo que se divulgue mi información médica personal a cualquier doctor al cual me transfieran.

Comprendo que la verificación de elegibilidad no es una garantía de pago, como lo indica mi compañía aseguradora.

Autorizo que se paguen los beneficios de mi seguro a Nationwide Vision.

Presentaremos todos los formularios de seguro si Nationwide Vision es un proveedor participante de su plan. Le proporcionaremos un estado de cuenta detallado que usted puede entregar a su aseguradora.

**SE REQUIERE EL PAGO COMPLETO AL MOMENTO DE PRESTAR EL SERVICIO.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o

\_\_\_\_\_  
el tutor legal Fecha de hoy