

Valley Vision Associates

Robert Davis O.D. Erick Johnson O.D. Abel Li M.D. Scott Oltman O.D.

QUESTIONARIO CLINICO DEL PACIENTE

IMPORTANTE: Este cuestionario tiene que ser revisado en cada cita. Por favor conteste todas las preguntas.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Historial Medico (Marque todo lo que corresponda):

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alta presion sanguinea | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas del corazon | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides | <input type="checkbox"/> Glucoma | <input type="checkbox"/> Estrabismo (ojos cruzados) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Herido en los ojos |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Degeneracion macular | <input type="checkbox"/> Sirugia de los ojo |

Doctor primario: _____ **Farmacia:** _____

Medicamentos:

Alergias a medicamentos:
<input type="checkbox"/> No se conocen alergias a medicamentos

Hospitalizaciones o sirugias previas: _____

Revision de sistemas:

	Si	No	En caso afirmativo, explique
<i>Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas?:</i>			
Ojos (e.g., dolor, lagrimeo, rojez, comezon, perdida repentina de la vista)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Constitutional/Sintoma (e.g., fiebre, perdida o ganancia de peso, fatigua)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de Oido/Nariz/Garganta/ Boca (e.g., perdida del oir, problemas de sinusitis, tos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cardiovascular (e.g., dolor en el pecho, latido del Corazon irregular, marcapasos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas respiratorios (e.g., falta de alineto, resollar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hematologico / Linfatico (e.g., sangrado, anemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias (e.g., fiebre del heno, ronchas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas gastrointestinales (e.g., dolor addominal, diarrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas urinarios (e.g., dolor o malestar, sangre en la orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de la piel (e.g., erupciones, sequedad excesiva, la rosácea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas musculoesqueletico (e.g., dolor de musculos,dolor de la articulaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas neurologicos(e.g., entumecimiento, debilidad, dolores de cabeza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas endocrinos (e.g., diabetes, tiroide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas psiquiatricos (e.g., depresion, ansiedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Alertas:

<i>Tiene o esta usando alguna de las siguientes?:</i>			
MRSA – infeccion de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medicamento de Flomax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergia al adhesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergia a la lidocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergia al yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
La premedicacion antes de los procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Historial Familiar:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Ojo vago / cruzado | <input type="checkbox"/> Glucoma |
| <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Degeneracion macular |

Historial social:

Usted usa...? Tobacco Si No Alcohol Ocasional Raramente Nunca

Revisado por _____ No cambios Fecha _____ Revisado por _____ No cambios Fecha _____ Revisado por _____ No cambios Fecha _____
Revisado por _____ No cambios Fecha _____ Revisado por _____ No cambios Fecha _____ Revisado por _____ No cambios Fecha _____

Pagos e Informacion de Factura:

**Si usted tiene ambos tipos de planes de seguro (visión y médico) puede ser necesario que mandemos algunos de los servicios a un plan y algunos servicios al otro. Seguiremos un procedimiento llamado coordinación de beneficios para hacerlo apropiadamente y para minimizar su gasto de desembolso.

Por favor inicie:

_____ Certifico que yo (o mi dependiente) tengo seguro y / o cobertura de Medicare, y asignar el pago directo a Valley Vision Associates para los servicios y beneficios materiales. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

_____ Entiendo que soy financieramente responsable de todos los co-pagos, deducibles, los materiales y los servicios no cubiertos por mi seguro y / o Medicare. Autorizo Valley Vision Associates para liberar toda la informacion necesaria para garantizar el pago de las prestaciones.

_____ Entiendo que soy financieramente responsable de todos los materiales y servicios en el evento si no presentó ningún tipo de seguro.

_____ He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades de HIPAA

_____ Para los pacientes con cobertura de Medicare - entiendo que Medicare no cubre la refraccion y que soy responsable de la tarifa de refraccion \$44; la prueba en la que se escribe la prescripcion de lentes.

_____ Solicito que Valley Vision Associates, bajo peticion, elimine toda la informacion relacionada con mi cuidado de la salud y el bienestar en general, a las personas que figuran a continuacion que no sea yo. Tienes mi permiso para hablar y soltar todos los registros médicos e información relacionados con el tratamiento de la salud a la persona (s) que aparece a continuación. Esta solicitud es para estar en efecto hasta que yo envié una solicitud por escrito para un cambio.

Nombre	Relacion	Numero de Telefono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma

Fecha

Imprima su nombre