**DRIESEN EYE CENTER – Cuestionario de Paciente**

Favor de contestar todas las preguntas: v2022.4

Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primer Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre:\_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. Del Seg. Soc.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genero: H / M Estado Civil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Codigo Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Telefono de casa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono del trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono de cellular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Porfavor seleccione su numero preferido de forma de contacto)

Correo electronico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (no compartiremos su correo electrónico con otros)

Idioma preferido: Ingles Español Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Raza/Etnicidad: Blanco (no-Hispano) Hispano/Latino Negro/Afroamericano Asiatico Nativo Americano Otro

**Informacion de Trabajo/Escuela**

 Empleado Retirado Estudiante tiempo-completo Estudiante de medio-tiempo Desempleado

Ocupacion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si es estudiante:** Grado escolar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Informacion de Hogar

Porfavor complete la informacion sobre la persona responsable del pago (si no es usted).

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nac.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_#SS.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conyuge:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nac.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ #SS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Empleador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion (si es diferente al anterior):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Informacion de Seguro

# (Porfavor presente las tarjetas de seguro y formularios de reclamo antes de su examen)

Estas cubierto por: Medicare Title 19 (Medicaid) Plan de Vision Seguro Medico

Tu seguro medico cubre examen de ojos rutinario? Si No Fecha de nac. del tenedor de poliza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*En algunas situaciones, su seguro medico paga porcion de su examen de hoy y podemos entregar el reclamo por usted. Todos los cargos por el cuidado refractivo, servicios de contactos, copagos, y/o deducibles seran su responsabilidad.

# Poliza de Privacidad/Intercambio de Informacion

* Yo autorizo Driesen Eye Center que entrege y intercambie informacion con terceros con el proposito de entregar reclamos al seguro y derivacion para mas cuidado, cuando el doctor diga ser necesario. Yo autorizo que entregen cualquier informacion, que tengan de mi vision y/o salud medica, a esta oficina para asistir con el cuidado de mi vision. Yo comprendo que todos los cargos/deducibles no pagados por mi seguro son mi responsabilidad y balances no pagados, seran entregados a una agencia de cobros (cobros adicionales, para la agencia, seran agregados).
* Autorizo me contacten por mi cellular, telefono de casa, y/o correo electronico.
* Reconosco que ay copia electronica de mi examen/receta disponible en el Patient Portal
* Estoy consciente de HIPAA y sus Polizas de Privacidad de Driesen Eye Center.

Firma Autorizada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DRIESEN EYE CENTER – HISTORIAL MEDICO

# Porfavor complete toda la informacion:

# Historial de Vision

Que usa mas?: Contactos Lentes Tiempo completo Lentes Medio tiempo Lentes de lectura Nada

Que tan vieja es su prescripcion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ultimo Examen de Ojos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quien hizo el examen?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Usador de Contactos:**

Que marca usas?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cambias los contactos cada \_\_\_\_\_ dias / semanas / meses

Promedio de horas al dia que los usas:\_\_\_\_\_\_ Comodos todo el dia? Si No

¿Tiene un par de lentes de repuesto? Si No

Last Eye Exam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ By Whom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta usando gotas para ojo y/o lagrimas artificiales ? Si No Cuales?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Que tan seguido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alguna cirugia de ojos anteriormente?(Catarata/Retina/LASIK/Estrabismo): No Si Cirujano:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Porfavor indicar si usted (o un miembro de familia) a tenido culquiera de las siguientes enfermedades oculares:

**Glaucoma:** Yo Madre Padre Hermano(a) **Desprendimiento de Retina:** Yo Madre Padre Hermano(a)

**Catarata:** Yo Madre Padre Hermano(a) **Degeneración Macular:**  Yo Madre Padre Hermano(a)

Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Historial Medico

Nombre de su Medico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Porfavor indique si usted (o algun miembro de su familia) a tenido alguna de estas enfermedades:

 Alta Presion de Sangre Enfermedad del Corazon Cancer Alergias Estacionales Artritis Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diabetico? No Si: Medicamentos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año de Comienzo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Su A1C?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos? : No Si:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos que toma, incluyendo anticonceptivos , medicamentos no recetados, y remedios cazeros:

(**O proveer una lista para sacar copia.**)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Historial Social

*Esta informacion es confidencial. Si prefiere, puede hablar de ello directamente con su doctor(a).*

Manejas? No Si Explicar si se le dificulta para ver al manejar.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usa productos de tabaco? No Si: Que tan seguido? \_\_\_\_\_\_\_\_\_/dia (Informacion para dejar de fumar esta disponible.)

Usa Alcohol: No Si: Que tan seguido? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bebidas/semana Usa Drogas ilegales: No Si

¿Alguna vez ha sido expuesto o infectado con: Hepatitis TB VIH ETS Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Revisión de Sistemas

**Sistemas** NO SI NO SI

SALUD OIDOS, NARIZ, GARGANTA

 Fiebre, Perdio/Subio de Peso Alergias

PIEL Congestion de Sinus Enfermedad de Piel Secreción Nasal/Goteo

NEUROLOGICO Tos Cronica

Dolor de Cabeza Garganta/Boca Seca

Migrañas RESPIRATORIO

Convulsiones Asma

OJOS Bronquitis Cronico

Perdida de Vista Enfisema

Vista Borrosa VASCULAR/CARDIOVASCULAR Distorcion/Halos Diabetes Perdida de Vision de Lado Dolor de Pecho Doble Vision Alta Presion de Sangre Ojos secos Enfermedad Vascular Secrecion GASTROINTESTINAL Rojos Diarrea Arenosos Problemas Digestivos Ardor/Comezon TRACTO URINARIO Ojos Llorosos Enfermedad Renales Sensibilidad a Luz Urinario / Vejiga Ojo(s) Adolorido(s) HUESOS/ARTICULACIONES/MUSLOS Costras en el Párpado Artritis Reumatoide Orzuelo/Chalazión Dolores Musculares Destellos/Flotadores Dolor de Articulaciones Ojos Cansados ALERGICO / INMUNOLOGICO

LINFATICO/SANGRE Inmuno Comprometido

 Anemia PSIQUIÁTRICO

ENDOCRINO Desórdenes Psiquiátricos

 Tiroides/Glandular

Si respondio SI a cualquiera de las condiciones de arriba o ay alguna condicion no enumerada, porfavor explique y enumere todos sus medicamentos:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Porfavor explique cualquier otro problema medico o de vision que le gustaria platicar el dia de hoy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_