

# BIENVENIDO A PEARLAND EYE CARE

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Gracias por elegir nuestro consultorio para satisfacer sus necesidades para el cuidado de sus ojos.

Sírvase completar este formulario (3 páginas) con tinta. Estamos a sus órdenes para responder a todas sus dudas o preguntas. Con gusto lo ayudaremos con cualquier inquietud.

(UTILICE LETRA IMPRENTA)

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
(Sr., Sra., Srita., Dr.) Nombre(s) Apellido Apodo Seguro Social

Dirección \_\_\_\_\_ Dpto. No. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (Oficina) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA) (M/F)

Empleador/Colegio \_\_\_\_\_ Pasatiempos \_\_\_\_\_

Referido por: Familiar  Amigo(a)  Médico  Páginas Amarillas  Anuncio  Cupón  Él mismo  Carta de recordatorio  Periódico  Otro \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE

Nombre del Responsable de la Cuenta \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ N°. Telefónico de Contacto \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dpto. N°. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Licencia de Conducir N°. \_\_\_\_\_ Forma de Pago: Efectivo  Cheque  Visa  MasterCard  Discover

## INFORMACIÓN DE SEGUROS PARA MÉDICO /LA VISTA

Nombre del Plan de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

Número del Asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social o de Miembro del Asegurado \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO IMPORTANTE

La razón para el examen de hoy es \_\_\_\_\_ Fecha del último examen \_\_\_\_\_

Nombre del último oftalmólogo que consultó \_\_\_\_\_

Señale todas las cirugías \_\_\_\_\_

Señale todas las alergias a medicamentos \_\_\_\_\_

Señale todos los medicamentos que esté tomando \_\_\_\_\_

Continúa en la siguiente página →

# Revisión de los síntomas -Marque todos los que padezca:

## Ojos

- Ceguera  S  N
- Pérdida de la visión  S  N
- Visión Distorsionada  S  N
- Vista borrosa  S  N
- Visión doble  S  N
- Cataratas  S  N
- Fotopsia (destellos) o moscas volantes  S  N
- Resequedad en los ojos  S  N
- Ojos llorosos  S  N
- Enrojecimiento en los ojos  S  N
- Secreción de mucosidad  S  N
- Escozor o picazón  S  N
- Sensación de arena en los ojos  S  N
- Dolor o inflamación en los ojos  S  N
- Fotosensibilidad  S  N
- Infecciones crónicas en los ojos  S  N
- Estrabismo convergente o interno  S  N
- Vista cansada  S  N
- Halos  S  N
- Tratamiento para la vista  S  N
- Cirugía ocular  S  N
- Desprendimiento de la retina  S  N
- Glaucoma  S  N

## Historial médico personal

- Alergias
  - Fiebre del heno  S  N
  - Alergias a medicamentos  S  N
- Sistema cardiovascular
  - Cardialgia  S  N
  - Hipertensión arterial  S  N
  - Enfermedad vascular  S  N
- Enfermedades de otorrinolaringología
  - Problemas de los senos paranasales  S  N
  - Tos crónica  S  N
  - Resequedad de la garganta/boca  S  N
  - Otitis crónica  S  N
- Sistema endocrino
  - Sed constante  S  N
  - Micción frecuente  S  N
  - Diabetes  S  N
  - Problemas de la glándula tiroidea  S  N
- Sistema digestivo
  - Diarrea  S  N
  - Estreñimiento  S  N
  - Úlceras  S  N
- Aparato genitourinario
  - Genitales  S  N
  - Riñones  S  N
  - Vejea  S  N

## Historial médico personal

- Sanguíneos
  - Anemia  S  N
  - Trastornos hemorrágicos  S  N
- Sistema tegumentario
  - Piel  S  N
  - Senos  S  N
- Sistema músculo-esquelético
  - Artritis  S  N
  - Artritis reumatoide  S  N
  - Dolor muscular  S  N
- Sistema neurológico
  - Cefaleas  S  N
  - Migrañas  S  N
  - Convulsiones  S  N
- Trastornos psiquiátricos
  - Trastornos nerviosos  S  N
  - Depresión  S  N
  - Compulsiones  S  N
- Sistema respiratorio
  - Asma  S  N
  - Falta de aliento  S  N
  - Enfisema  S  N
  - Cáncer pulmonar  S  N
- Síntomas generales
  - Fiebre  S  N
  - Pérdida de peso  S  N

¿Alguno de sus familiares tiene algún historial de cualquiera de lo siguiente?

- Cataratas  Glándula Tiroides  Artritis  Ceguera  Ambliopía  Hipertensión arterial  Glaucoma  Cardiopatía  Diabetes

## Marque cualquiera de las siguientes opciones que le sean aplicables:

- Cefaleas frecuentes  Alergias  Embarazo  Problemas de los senos paranasales  Alergias a medicamentos  Parto en los últimos 6 meses

¿Actualmente utiliza lentes?  S  N ¿Trabaja en una computadora o en una terminal de video?  S  N De ser el caso, ¿cuántas horas? \_\_\_\_\_

### ¿Cuándo utiliza sus lentes?

- Todo el tiempo  Para leer/trabajar  Seguridad laboral  Sólo para tareas a distancia  Con la computadora  
 Otra (explique) \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha utilizado lentes de contacto?  S  N ¿Está interesado(a) en utilizarlos?  S  N

De ser el caso, ¿de qué marca? \_\_\_\_\_ /  No está seguro(a)

- De ser el caso, ¿de qué estilo? (Marque todas las opciones que sean aplicables).
- Blandos  Permeables al Gas (RGP)
  - Bifocales  Progresivos  Desechables  Convencionales
  - De uso extenso  Tóricos  Transparentes  De color
  - No está seguro(a)

### DILATACIÓN DE PUPILAS/FOTO DE FUNDUS

En la actualidad, la dilatación de pupilas se considera como un procedimiento habitual en un examen integral de la vista. Las gotas de dilatación aumentan el tamaño de la pupila (el punto negro al centro del ojo) y permiten que el médico realice un examen más exhaustivo de la retina (la parte posterior del ojo). La dilatación es útil para la detección del glaucoma, cataratas, diabetes y cambios retinianos por hipertensión, el agujero retiniano, lágrimas y desprendimiento de la retina, así como de algunos tipos de tumores. Los efectos secundarios son la sensibilidad a la luz y problemas para enfocar de cerca. Aunque los efectos secundarios pueden durar de 3 a 5 horas, podrá conducir de vuelta a casa. Sin embargo, usted tiene la opción de tener la foto de fundus hace que no tendrá efectos secundarios. El costo de la foto de fundus es de \$ 30.00.

- Dilatación de pupilas:  Sí  No  Deseo platicarlo con el médico  
 Foto de Fundus:  Sí  No  Deseo platicarlo con el médico

### PRUEBA PERIMETRAL (Campos Visuales)

Se realiza una prueba perimetral para detectar cualquier forma de pérdida en los campos visuales (periféricos). Las anomalías en los campos visuales pueden ser el resultado de una enfermedad o padecimiento en el ojo, el nervio óptico o el cerebro. Algunas afecciones pueden incluir: glaucoma, diabetes, degeneración macular, anomalías retinianas, visión doble, anomalías en la visión de los colores y ciertos tipos de tumores. El costo de una Prueba Perimetral es de **\$30.00**.

Prueba Perimetral:  Sí  No  Deseo platicarlo con el médico

**Foto de Fundus y Prueba Perimetral: \$50**  Sí  No  
 (Ahorro: \$10)

# Pearland Eye Care

## ACUSE DE RECIBO

Por medio de la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Consulta Privada de Pearland Eye Care.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Reconozco que se me han ofrecido las siguientes opciones relacionadas con la comunicación con Pearland Eye Care, sus médicos y su personal:

Estoy de acuerdo en permitir que los médicos y el personal de Pearland Eye Care dejen mensajes en mi contestadora telefónica, buzón de voz o con una persona en mi hogar u oficina que identifique el mensaje como proveniente de Pearland Eye Care. Comprendo que ninguna información clínica será parte de este mensaje.

**Marque con un círculo una de las siguientes opciones:**

**Sí, estoy de acuerdo.**

**No, no estoy de acuerdo.**

Estoy de acuerdo en permitir que Pearland Eye Care me envíe materiales de comercialización o información clínica respecto a servicios o productos disponibles en Pearland Eye Care. Esta información será enviada por correo, correo electrónico o entregada de otra manera en un sobre, tarjeta postal, recipiente o método de comunicación electrónica que pudieran llevar mi nombre y el de Pearland Eye Care o el de un optometrista u oftalmólogo individual que atienda en Pearland Eye Care.

**Marque con un círculo una de las siguientes opciones:**

**Sí, estoy de acuerdo.**

**No, no estoy de acuerdo.**

**Cesión y liberación/Servicios y materiales proporcionados:** Por este medio autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente al médico y comprendo que soy financieramente responsable de cualquier servicio no cubierto. Autorizo al médico a divulgar cualquier información requerida para procesar esa solicitud. Asimismo, reconozco que incluso si no estoy utilizando los beneficios de mi seguro, se espera el pago completo y a tiempo de los servicios o materiales proporcionados.

Firma del responsable: \_\_\_\_\_