

# Holland Eye Surgery & Laser Center • 999 Washington Ave • Holland, MI 49423

Nombre: Sr. Sra. Srta. \_\_\_\_\_  
Primero \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No De Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Teléfono Primario # : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Cel  Hogar  Trabajo

Teléfono Secundario # : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Cel  Hogar  Trabajo

Sexo:  Hombre  Mujer Raza : \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a

Doctor de Familia: \_\_\_\_\_ Medico de referencia: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida : \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la esposa : \_\_\_\_\_ Teléfono de Conyuge #: \_\_\_\_\_

**Acceso a su información medica:** Por favor liste a cualquier persona que puede recibir información medica sobre usted. Por favor incluya a cualquier persona que puede contestar. Su teléfono a la cual le podríamos dejar un mensaje para usted tal como su esposo/a, o padres. También indique si esta persona puede ser considerada un contacto de emergencia.

Nombre	Relación	De Teléfono #	Contacto de Emergencia?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Holland Eye Surgery & Laser Center puede usar y revelar información medica protegida acerca de mi para llevar a cabo algún tratamiento, pago, y operaciones para cuidado de salud.

Yo tengo en derecho de leer y revisar la notificación de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento.

Yo entiendo que Holland Eye Surgery & Laser Center puede llamar a mi hogar y dejar un mensaje en correo o en persona acerca de algún tratamiento, pago, u operaciones del cuidado de salud. Holland Eye Surgery & Laser Center puede enviar postales recordatorias para citas y declaraciones de cuenta a su hogar. Puede que se envíe un correo electrónico a la direcciones indicada arriba.

---

Firma

---

Fecha

## CUESTIONARIO DE HISTORIA MEDICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Historia Ocular:

	S	N	Explicación:
Leciones a Ojos			
Cataratas			
Glaucoma			
Ojos cruzados/ ojo vago			
Cirujias del ojo			
Lleva lentes de contacto?			<b>Círculo:</b> Contacto Duros Contacto Blandos Anos: _____

El deslumbramiento/las aureolas (círculos de luz) son síntomas comunes que a menudo pueden ser tratados. ¿Cuánto lo nota? (1 = leve, 5 = severo)      1      2      3      4      5

### Condiciones Medicas:

	S	N	Explicación
Diabetes			<input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II Ano diagnosticado _____ Nivel A1C _____ Fecha de estudio _____
Problemas de Tiroides			
Trastornos del Corazon/ Infartos			
Esta usted embarazada o Amamantando?			
Cancer			Tipo: Ano Diagnosticado:
Alta Presion Sanguinea			
Derrame Cerebral			Lado Derecho: Lado Izquierdo Ano:
Problemas Respiratorios/ Asma			
Trastornos Neurologicos			Tipo:
Trastornos Psicologicos			Tipo:
Colesterol Alto			
Otro			

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

### **Medicamentos Diarios: Nombre y dosis (mg), incluya medicamentos sin receta**

Ejemplo: Lisinopril 20mg, Aspirina 81mg

## Medicamentos para los Ojos:

ANSWER

## Alergias: medicamentos, nombre, y REACCION:

---

Page 10 of 10

## **Historial Quirúrgica: De Corazón Cabeza Cerebro Pulmón Cuello con fechas:**

---

---

---

## **Historial Familiar Ocular: S N Relación**

Desprendimiento de Retina			
Degeneracion Macular			
Glaucoma			

## **Historial Social:**

Usted Fuma?       Si  No Si lo hace, Cuanto?      Por cuantos anos?

Si dejo de fumar, cuando?

Bebe Alcohol?  Si  No Si lo hace, Cuanto?

Ha sufrido alguna caída en el ultimo año?  Si  No

**Solo para uso de la Oficina:**  
Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Doctor's Signature \_\_\_\_\_