

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

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

Apodo: \_\_\_\_\_

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 practicas 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 enví 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>Circulo:</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			

**Vea La Proxima Pagina**

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:**

_____	_____	_____
-------	-------	-------

**Alergias: medicamentos, nombre, y REACCION:**

_____
-------

**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 ano? ☐ Si ☐ No

**Solo para uso de la Oficina:**

Reviewed by:

\_\_\_\_\_  
Doctor's Signature

\_\_\_\_\_  
Date