

■ ■ ■  
**GRENE VISION GROUP**

TOTAL EYE CARE FOR THE ENTIRE FAMILY

Bienvenido a nuestra oficina. Complete por favor este formato en el mejor de su conocimiento.

**Información General:**

Fecha de Hoy \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Primer

Segundo

Apellido

¿Cómo desea que le llamemos? (ej.: -Sr., 1<sup>er</sup> Nombre, Apodo) \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (FDN): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género:  M  F

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Raza: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Latino o Hispano  No Latino o Hispano  Desconocido/No reportado

Estado Marital:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Teléfono de su Hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono de su trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Telf.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_ # Telf.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Proveedor de Cuidado: \_\_\_\_\_

**Dirección de Facturación (Si es diferente del Paciente):**

Nombre de la Persona Responsable de la cuenta: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ FDN \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Teléfono de su Hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

**Aseguranza:**

Aseguranza Primaria: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_ #ID: \_\_\_\_\_

(Si el titular de la póliza es diferente de la facturación, proporcione #SS \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ y FDN \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)

Aseguranza Secundaria: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_ #ID: \_\_\_\_\_

(Si el titular de la póliza es diferente de la facturación, proporcione #SS \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ y FDN \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar todos los reclamos y solicitar pago de cualquier beneficio médico pagadero al Grupo de Visión Grene.

He recibido el consentimiento, he recibido el folleto titulado "Notificación de Políticas y prácticas de privacidad" y doy mi permiso al Grupo de Visión Grene para usar y divulgar mi información de salud de acuerdo con el consentimiento y el aviso proporcionado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación del Representante del Paciente al Paciente

NGSpPI.0512

## Cuestionario del Historial Médico

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

### HISTORIA MÉDICA (personal)

<u>SISTEMATICO</u>	<u>Circule</u>	<u>Explicación</u>
Mal de Sjogren	Sí no	_____
Hipertensión	Sí no	_____
Mal de Válvula Cardíaca	Sí no	_____
Marcapasos	Sí no	_____
Mal arterial coronario	Sí no	_____
Enfisema/asma	Sí no	_____
Mal de Crohn	Sí no	_____
Enfermedad inflamatoria intestinal	Sí no	_____
Artritis Reumatoide	Sí no	_____
Dolores de cabeza	Sí no	_____
Apnea de Sueño	Sí no	_____
Utiliza una máquina de c-pap	Sí no	_____

<u>SISTEMATICO</u>	<u>Circule</u>	<u>Explicación</u>
Latido Irregular	Sí no	_____
<b>Ataque del Corazón</b>	Sí no	¿Cuándo? _____
<b>Infarto</b>	Sí no	¿Cuándo? _____
Esclerosis múltiple	Sí no	_____
Leucemia/linfoma	Sí no	_____
<b>Hepatitis</b>	<b>Sí no</b>	_____
<b>VIH/SIDA</b>	<b>Sí no</b>	_____
Lupus	Sí no	_____
Mal de Tiroide	Sí no	_____
<b>Diabetes</b>	<b>Sí no</b>	¿años? ____ Insulina? S/N

<u>OCULAR</u>	<u>Circule</u>	<u>Explicación</u>
Enfermedad de cornea	Sí no	_____
Ojos perezosos/cruzados	Sí no	_____
Doble visión	Sí no	_____
Cataratas	Sí no	_____
Glaucoma	Sí no	_____
Desprendimiento Retinal	Sí no	_____

<u>OCULAR</u>	<u>Circule</u>	<u>Explicación</u>
Degeneración	Sí no	_____
Neuritis óptica	Sí no	_____
Lesión del ojo	Sí no	_____
¿Usa anteojos?	Sí no	_____
¿Usa lentes de contacto?	Sí no	_____

### LISTA DE PROBLEMAS MÉDICOS

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

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

### HISTORIAL QUIRÚRGICO – (Excluya operaciones del ojo)

<u>Historial Quirúrgico</u>	<u>Fecha</u>	<u>Doctor</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

### HISTORIAL QUIRÚRGICO OCULAR – (Operaciones del ojo solamente)

<u>Procedimiento</u>	<u>Fecha de la operación</u>	<u>Doctor</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

### HISTORIAL MEDICO FAMILIAR (ej.: padre, madre, hermanos, abuelos, tíos, tías, etc.)

<u>SYSTEMIC</u>	<u>Circule</u>	<u>Explique</u>	<u>OCULAR</u>	<u>Circule</u>	<u>Explique</u>
Diabetes	Sí no	_____	Ceguera	Sí no	_____
Enfermedad del corazón	Sí no	_____	Mal Corneal	Sí no	_____
Hipertensión	Sí no	_____	Trasplante corneal	Sí no	_____
Ataque	Sí no	_____	Ojos perezosos/cruzados	Sí no	_____
Cáncer	Sí no	_____	Glaucoma	Sí no	_____
Lupus	Sí no	_____	Cataratas	Sí no	_____
Artritis Reumatoide	Sí no	_____	Desprendimiento retinal	Sí no	_____
Enfermedad de la tiroide	Sí no	_____	Degeneración muscular	Sí no	_____

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL**

**Circule**

¿Ud. fuma? Sí no anteriormente  
Tipo: \_\_\_\_\_ Unidades por día: \_\_\_\_\_ Años de uso: \_\_\_\_\_ Paquetes al año: \_\_\_\_\_ Año que dejo de fumar \_\_\_\_\_  
Condición de fumador:  todos los días  algunas veces  ex-fumador  estado desconocido  nunca  
¿Expuesto al humo de tabaco ambiental? Sí no  
¿Consumo alcohol? Sí no anteriormente  
¿Usa drogas ilegales? Sí no anteriormente  
¿Bebe cafeína? Sí no Cantidad por día: \_\_\_\_\_

**ALLERGIES**

**Circule Explicacion**

¿Es alérgico al látex? Sí no \_\_\_\_\_  
Si positivo, ¿Cuál ha sido la reacción? \_\_\_\_\_  
¿Se le ha hecho la prueba para la alergia al látex? Sí no \_\_\_\_\_  
¿Es sensitivo a adhesivos? Sí no \_\_\_\_\_  
¿Tiene reacciones al yodo?  
En la piel o vía intravenosa Sí no \_\_\_\_\_  
¿Alguna vez ha sido diagnosticado con infecciones de estafilococo, MRSA, VRSA o C-DIF? Sí no \_\_\_\_\_

**MEDICATION ALLERGIES**

<u>Medicamento</u>	<u>Reacción</u>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

**MEDICATIONS** (nombre y cantidad)

**Liste por favor todos los medicamentos que está tomando en este momento**

<u>Nombre del medicamento recetado</u>	<u>Dosis (mg)</u>	<u>Frecuencia</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____

<u>Nombre del medicamento sin receta</u>	<u>Dosis (mg)</u>	<u>Frecuencia</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____