

# Cuestionario del Historial Medico

## Kid's Eye Site

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de Hoy:

Nombre:

Fecha Nacimiento:

Dirección:

Teléfono de la Casa:

Ciudad:  Código Postal:

Email:

¿Se ha hecho un Examen Visual? SI  NO  Fecha Del Último Examen Visual:

Nombre del Doctor que le examinó los Ojos:  Ciudad:

¿Le recetaron espejuelos o lentes de contacto? SI  NO

### INFORMACION DEL PADRE/TUTOR (Si Aplica)

Nombre:  Relación con el Paciente:

Teléfono Del Trabajo:  Teléfono Celular:

### INFORMACION DEL SEGURO MEDICO/SOONERCARE

Nombre del Asegurado Principal:  Fecha de Nacimiento:

Número y Grupo del Seguro Medico:  Seguro Social:

Seguro Medico Secundario Nombre y Grupo:

Medico Primario:  Ciudad:

### HISTORIAL MEDICO

#### Historial Personal/Familiar

Por favor indica si el paciente o cualquier miembro de la familia tienen alguna de las siguientes condiciones médicas:

CONDICION	PACIENTE	FAMILIA	INSEGURO		PACIENTE	FAMILIA	INSEGURO
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojo Desviado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con el Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión/Trauma Ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con los Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía en el Ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojo Vago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra Condición de Salud:	<input type="text"/>						

¿Eres Alérgico a algún medicamento? Si  No  Por favor explica a cual:

¿El paciente esta recibiendo tratamiento para el ADD de ADHD? No  Si  , ¿Cuál es el Medicamento?

Por favor indica los nombres de los medicamentos que tomas recientemente:

#### RESPONDE SI ERES MENOR DE 18 AÑOS:

¿El niño ha estado expuesto a productos tales como: Tabaco/Cigarrillo, Alcohol o Drogas? Si  No

Por favor explique:

¿El niño nació prematuro? Si  No  ¿El niño ha tenido una crisis epiléptica? Si  No

¿El paciente esta recibiendo tratamiento para el ADD de ADHD? No  Si  , ¿Cuál es el Medicamento?

### NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Lee la hoja adicional con las Notificaciones

Yo tengo conocimiento que he recibido la hoja de Notificación de Practicas de Privacidad por parte de Kid's Eye Site.

Nombre del Paciente:  Nombre del Tutor:

Firma:  Fecha: