



Anthony Panariello, M.D.
 Ganesh Rau, M.D.
 Hardik Parikh, M.D.
 Adnan Mallick, M.D.

Betty Cervenak, M.D.
 Kunjal Modi, M.D.
 Brian Brazzo, M.D.
 Ahmad Rehmani, D.O.

PACIENTE FORMULARIO DE REGISTRO

Nombre	Initial	Apellido	Sufijo	Sexo: H / M
Dirección			Fecha de Nacimiento	
Ciudad		Estado	Codigo Postal	
Idioma Preferido		Raza <input type="checkbox"/> Indio o de Alaska Indígena de América <input type="checkbox"/> Negro / Afro Americano		
Etnicidad <input type="checkbox"/> Origen Hispánico <input type="checkbox"/> No de Origen Hispano		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Blanco		
Casa #	Trabajo #		Celular #	
Seguro Social #	Estado civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W		Correo Electronico	
Nombre del Empleador, Dirección / Ocupación				
Nombre del Contacto de Emergencia		Teléfono #		Relación
Médico Refiriénte / Nombre del Grupo		Teléfono #		Ciudad
Médico de Atención Primaria		Teléfono #		Ciudad
Persona financieramente responsable (si es diferente del paciente)				
Dirección de la persona responsable:			Teléfono #	
*** ¿Reside usted actualmente en un centro de Enfermería Especializada o Centro de Rehabilitación?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Esta visita está relacionada con un accidente de auto o una compensación laboral?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
INFORMACIÓN DEL SEGURO				
Seguro Primario :		Nombre del titular de la Póliza:		Fecha de Nacimiento: Sexo: H / M
Dirección:				
ID #:	Grupo #:		Fecha de Vigencia:	
Seguro Secundario:		Nombre del titular de la Póliza:		Fecha de Nacimiento: Sexo: H / M
Dirección:				
ID #:	Grupo #:		Fecha de Vigencia:	

DECLARACION POLITICA FINANCIERA

Gracias por elegir a nuestra práctica para su atención médica. Estamos comprometidos a ofrecerle los servicios de mayor calidad disponibles. Por favor lea y firme la siguiente política. Si estamos contratado con su compañía de seguros, vamos a aceptar la asignación. Todos los copagos, coaseguros y deducibles se deben pagar al momento del servicio. El no proporcionar las referencias necesarias o la información correcta resultará en todos los cargos por los servicios, la exclusiva responsabilidad del paciente / garante. Usted será responsable de los saldos no cubiertos por su seguro. Se le cobrará un cargo de \$36 si su cheque es devuelto por su banco. Nuestra política de "no show" y cancelación es la siguiente: A la primera ocurrencia se le cobrará una tarifa de \$25. Segunda ocurrencia al paciente se le cobrará una tarifa de \$35. A la tercera ocurrencia se le cobrará al paciente una tarifa de \$50. Al paciente se le podría cobrar el precio completo de la visita programada por cualquier evento adicional de "no show" y/o cualquier cancelación dentro de un período de 24 horas de la cita programada.

HIPAA - Esta oficina cumple con todos los aspectos indicado en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y nuestra política de privacidad será en cumplimiento con todas las leyes y reglamentos pertinentes.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Por la presente autorizo Eye Centers of America, LLC para solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios prestados. Autorizo que los pagos de Medicare, Medigap, y/o cualquier otra compañía de seguros sean remitidos directamente Eye Centers of America, LLC. Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para esta y/o cualquier reclamo a el seguro nombrado anteriormente o en caso de beneficios de la Parte B de Medicare.

Por la presente declaro que me han dado y he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente _____ Fecha _____



Anthony Panariello, M.D.
Ganesh Rau, M.D.
Hardik Parikh, M.D.
Adnan Mallick, M.D.

Betty Cervenak, M.D.
Kunjal Modi, M.D.
Brian Brazzo, M.D.
Ahmad Rehmani, D.O.

HIPAA AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

Consentimiento de Privacidad

Entiendo que Eye Centers of America, LLC, "Aviso de prácticas de privacidad" brinda información sobre cómo se utilizará y divulgará mi información de salud. La sección "Derechos del paciente" describe mis derechos conforme a la ley. Tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que este aviso puede cambiar y que puedo solicitar una copia revisada. Entiendo que tengo derecho a solicitar que limitemos la información médica que se divulga con respecto a mis tratamientos, pago u operaciones de atención médica. Entiendo que no se requiere que Eye Centers of America, LLC acepte esta restricción, pero usted respetará este acuerdo.

Reconozco que al firmar este formulario, consiento su uso y divulgación para proteger la información médica sobre mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito con mi firma. Sin embargo, esta revocación no afectará ninguna divulgación que Eye Centers of America, LLC ya haya hecho antes de mi consentimiento. Eye Centers of America, LLC, me proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

Consentimiento para Divulgar Información

Reconozco que al firmar este formulario, permito que Eye Centers of America, LLC, divulgue cualquier información al médico o médicos involucrados en mi atención médica. Consiento que Eye Centers of America, LLC, pueda llamar a mi casa o a las ubicaciones designadas y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a los recordatorios de mis citas y los artículos de seguro. Además, Eye Centers of America LLC, puede enviar por correo recordatorios de citas y estados de cuenta del pacientes a mi hogar.

Designo a los siguientes representantes como legalmente autorizados para comunicarse con Eye Centers of America, LLC, en mi nombre. Si no designa a nadie, el Doctor / Eye Centers of America, LLC, no podrá hablar con nadie además del paciente con respecto a su condición médica.

Yo reconozco y doy mi consentimiento a Eye Centers of America, LLC para usar mis imagenes rutinarios de los ojos. Estas imagenes seran usadas para propositos de certificación. Todos los identificadores personales seran removidos antes de que las imagenes sean usadas.

Nombre _____ Relación _____ Telefono _____

Nombre _____ Relación _____ Telefono _____

Nombre _____ Relación _____ Telefono _____

Firma

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma (Paciente o Guardian Legal): _____ Fecha: _____



Anthony Panariello, M.D. Betty Cervenak, M.D.
 Ganesh Rau, M.D. Kunjal Modi, M.D.
 Hardik Parikh, M.D. Brian Brazzo, M.D.
 Adnan Mallick, M.D. Ahmad Rehmani, D.O.

FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA PARA PACIENTES NUEVO

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____ Altura: _____ Peso: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA:

QUEJA PRINCIPAL (DESCRIBA SUS SIMPTOMAS):

<input type="checkbox"/> Perdida de Visión Central	<input type="checkbox"/> Resplandor de Luces Brillantes	<input type="checkbox"/> Párpados Hinchados
<input type="checkbox"/> Perdida de Visión Periferal	<input type="checkbox"/> Resplandor de Luces de Carros	<input type="checkbox"/> Párpados Caidos
<input type="checkbox"/> Perdida de Visión Nocturna	<input type="checkbox"/> Resplandor de la Luz del Sol	<input type="checkbox"/> Párpados Colgados
<input type="checkbox"/> Perdida de Visión a Distancia	<input type="checkbox"/> Lagrimando por el Brillo de Luz	<input type="checkbox"/> Párpados Que No Cierran
<input type="checkbox"/> Perdida de Visión de Leer	<input type="checkbox"/> Lagrimando por la Luz del Sol	<input type="checkbox"/> Chichón en el Párpado
<input type="checkbox"/> Perdida de Visión de Color	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/> Crecimiento en Párpados
<input type="checkbox"/> Relampagos de Luz	<input type="checkbox"/> Descarga Lacrimoso	<input type="checkbox"/> Picasón de Párpados
<input type="checkbox"/> Puntos Negros Flotadores	<input type="checkbox"/> Descarga Mucosa	<input type="checkbox"/> Sarpullido en los Párpados
<input type="checkbox"/> Sombras en la Visión Periferal	<input type="checkbox"/> Descarga Crujiente	<input type="checkbox"/> Enrojecimiento de los Párpados
<input type="checkbox"/> Distortión de Lineas Vectas	<input type="checkbox"/> Descarga Arenosa	<input type="checkbox"/> Espasmos de Párpados
<input type="checkbox"/> Arillo Alrededor de Las Luces	<input type="checkbox"/> Dolor de Ojo	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Sensibilidad a Luces Brillantes	<input type="checkbox"/> Ardor de Ojo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sensibilidad a las Luces de Carros	<input type="checkbox"/> Incón de Ojo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sensibilidad a la Luz de Sol	<input type="checkbox"/> Dolor Punzante de Ojo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Objetos Aparecar más Pequeños	<input type="checkbox"/> Sensación de Cuerpo extraño en el Ojo	<input type="checkbox"/>

Lugar: ¿Cuál es el lugar del problema / qué? Ojo Derecho Ojo Izquierdo Ambos Ojos

Calidad: ¿Cuál es la naturaleza del dolor? Constante Aguda Mejora Empeora

Gravedad: Describa su dolor en una escala de 1 a 10, siendo 10 el peor _____

Duración: ¿Cuando empeco el dolor/problema? _____

¿Cuando tiempo lleva el dolor/problema? _____

Tiempo: ¿El problema es peor en la mañana, tarde, o es constante? _____

Contexto: ¿Se relaciona con una actividad? _____

La Modificación de Factores: ¿Qué esfuerzos ha realizado el paciente para mejorar el problema?

Historia: ¿Esta visita está relacionada con un accidente de auto o una compensación laboral? _____

SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES	PSIQUIÁTRICO	HEMATOLÓGICA/LINFÁTICA
Cambio de peso recientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nerviosismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tardan en sanar cortaduras <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Buena salud general últimamente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de memoria o confusión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tendencia de sangrado o moretones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fiebre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fatiga <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Insomnio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Flebitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ansiedad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Historia de transfusión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Insomnio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Agrandamiento de las glándulas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Horas de sueño cada noche _____		Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Reacción a la transfusión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
RESPIRATORIO	INTEGUMENTARIO	NUTRICIÓN
Tos crónica o frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sarpullido o picazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Suplementos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Escupiendo sangre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cambio en el color de la piel <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiene en tubo de alimentación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Falta de respiración <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cambio en la cabello o las uñas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desorder de alimentación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma o sibilancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Venas varicosas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vitaminas/Minerales/Hierbas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Falta de respiración cuando camina o esta acostado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Insuficiencia hepática <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Infeción respiratoria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quiste en el pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Secreción de los senos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso involuntaria en los últimos 3 meses <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Trastornos de la piel <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
MUSCULOESQUELÉTICO	OIDOS, NARIS, BOCA Y GARGANTA	NEUROLÓGICO
Artritis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La pérdida de audición o zumbido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ornar frecuentemente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de las articulaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Audífonos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aturdimiento o mareo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Rigidez articular o hinchazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de oídos o drenaje <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones o ataques <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor muscular o calambres <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas crónicos del virus <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Temblores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno muscular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Rinitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Debilidad o parálisis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado de la nariz <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derrame/Ataque cerebral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Extremidades frías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Llagas en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lesiones en la cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultad para caminar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado de las encías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultades hablando <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad en la columna vertebral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de garganta o cambio de voz <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Adormecimiento o estremecimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fracturas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El mal aliento o mal sabor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultades caminando <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La debilidad de músculos o articulaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Inflamación de las glándulas de cuello <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultades con la visión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Gafas o Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
CARDIOVASCULAR	ENDOCRINO	GENITROURINARY
Problema del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas glandulares o hormonales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urinación frecuente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de tiroides <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urinación dolorosa en la orina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina de pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El exceso de sed o de orina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiene sangre en la orina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Palpitaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Piel seca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiene incontinencia o goteo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin calor o Intolerancia del frio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cambio en el tamaño del sombrero o el guante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Piedras en el riñón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hinchazón de pies o tobillos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcapasos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo se le diagnosticó? _____	Dificultad sexual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Infarto de miocardio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo 1 o Tipo 2 (por favor círculo)	Hombre- Dolor en los testículos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hipertensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	HGB A1C/HbA1c? _____ Fecha: _____	Problemas de Próstata <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usted está en insulina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hembra- Dolor con los Períodos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la válvula <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Veces al día _____	Hembra- Períodos irregulares <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está usted en Diálisis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El ritmo irregular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		SIDA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Colesterol alto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Enfermedad vascular periférica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

<u>GASTROINTESTINAL</u>		<u>ANTECEDENTES MÉDICOS</u>		<u>MEDICAMENTOS ACTUALES</u>	
Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Condición Médico	Año de inicio	Nombre	Dosis
Cambio en los movimientos intestinales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____	_____
Náuseas o vómitos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____	_____
Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____	_____
Defecaciones dolorosa o estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____	_____
El sangrado rectal o sangre en las heces	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____	_____
Dolor en el estómago	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____	_____
Úlcera péptica (Estómago o en el duodeno)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____	_____
Hernia de hiato	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____	_____
Problemas gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____	_____
Hemorroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____	_____
Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____	_____
Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____	_____
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____	_____

<u>ANTECEDENTES QUIRURGICOS</u>		<u>HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE</u>		
Cirugías	Fecha	<u>Estado Civil</u>	<u>Uso de Tabaco</u>	<u>Uso de Drogas Ilícitas</u>
_____	_____	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
_____	_____	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Anteriormente Pero Pare	<input type="checkbox"/> Tipo y frecuencia
_____	_____	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Actualmente	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Viudo	_____ Paquetes al día	_____
Anestesia Complicaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<u>Uso de Alcohol</u>	<u>La Exposición Excesiva en el Hogar o el Trabajo de:</u>	
En caso afirmativo explique:	_____	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Vapores _____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Disolventes _____	
_____	_____	<input type="checkbox"/> De vez en cuando	<input type="checkbox"/> Químicos _____	
		<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Otro _____	

<u>HISTORIA MÉDICA FAMILIAR</u>			
	<u>Edad</u>	<u>Enfermedades</u>	<u>Si Ha Fallecido, Causa de Muerte</u>
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermano(s)	_____	_____	_____
Hermana(s)	_____	_____	_____
Esposo(a)	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____
Directivas anticipadas de atención médica		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quisiera información	_____

<u>LISTA DE TODAS SUS ALERGIAS</u>			
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**POR FAVOR DENOS LA INFORMACIÓN DE TODOS LOS
MEDICOS QUE USTED ESTA VIENDO**

<u>ESPECIALIDAD</u>	<u>NOMBRE DEL MEDICO</u>	<u>DIRECCIÓN</u>	<u>NÚMERO DE TELÉFONO</u>
<u>Oftalmólogo</u>	_____	_____	_____
<u>Optometrista</u>	_____	_____	_____
<u>Médico Primario</u>	_____	_____	_____
<u>Endocrinólogo</u>	_____	_____	_____
<u>Cardiólogo</u>	_____	_____	_____
<u>Nefrólogo</u>	_____	_____	_____
<u>Neurólogo</u>	_____	_____	_____
<u>Podólogo</u>	_____	_____	_____
<u>Especialista Vascular</u>	_____	_____	_____
<u>Otro</u>	_____	_____	_____

Nombre de la farmacia _____

Dirección de la farmacia _____

Numero de la farmacia _____