

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA!

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre : _____ Fecha: _____
Direccion: _____ Ciudad, Estado, Zip: _____
Telefono: (C) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____
Correo Electronico: _____ Género: [] H [] M Estado Civil: [] Casado [] Divorciado [] Soltero(a)
Seguro Soc. #: ____ / ____ / ____ Licencia #: _____ día de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____
Ocupacion: _____ Lugar de Trabajo: _____
Contacto de Emergencia: _____ (C) _____ (Celular) _____

Persona Responsable de Pago (PRINCIPAL/ASEGURADO)

Si el paciente en la cuenta es el responsable, omite este parte.

Nombre del Responsable: _____ Relacion a Paciente _____
Telefono: (C) _____ (Trabajo) _____ Persona responsable de pago esta presente? [] Si [] No
Seguro Soc. #: ____ / ____ / ____ día de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar de Trabajo: _____

INFORMACION DE SEGURO

VISION:

Nombre de Seguro: _____
Tipo de Seguro: [] VSP [] EyeMed [] Tricare [] Anthem Vision [] Superior Vision [] Otra
Nombre de Asegurado: _____ día de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Identificacion/Numero de plan _____

MEDICO:

Nombre de Seguro: _____
Tipo de Seguro : [] Aetna [] Anthem BCBS [] Cigna PPO/Open Access [] Medicare [] Medicaid [] Tricare
Nombre de Asegurado: _____ día de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Identificacion/Numero de plan #: _____

PACIENTES NUEVAS:

Quien te refiero a nuestra oficina?

Nombre de amigo or relacion: _____

Si no fue de referencia, como escojiste nuestra oficina? Por favor de marcar la caja apropiado:

- [] Pariente [] Otro doctor [] Letrero [] Amigo [] Lista de seguro [] Periodico [] Correo
[] Paginas amarillo: Crown Point Merrillville/Hobart

REPASO DE SISTEMAS

Tienes o has tenido problemas medicos en las areas que siguen?

	Usted?		Familia ?		(lista quien)
ALERGICO/INMUNOLOGICO					
Alergia ambiental	Si	No	Si	No	_____
CIDA	Si	No	Si	No	_____
Artritis Reumatismo	Si	No	Si	No	_____
Lupus	Si	No	Si	No	_____
CARDIOVASCULAR/VASCULAR					
Alta Presion	Si	No	Si	No	_____
Alta Colesterol	Si	No	Si	No	_____
Estroc	Si	No	Si	No	_____
OIDO, NARIZ, GARGANTA					
Infeccion de sistema respiratorio	Si	No	Si	No	_____
ENDOCRINO					
Diabetes	Si	No	Si	No	_____
Problemas de Hormona	Si	No	Si	No	_____
Problemas de Tiroides	Si	No	Si	No	_____
OJOS					
Ceguera	Si	No	Si	No	_____
Cataratas	Si	No	Si	No	_____
Ojo(s) Bizco	Si	No	Si	No	_____
Vista Doble	Si	No	Si	No	_____
Glaucoma	Si	No	Si	No	_____
Degeneracion de la Macula	Si	No	Si	No	_____
Cirugia en los ojos	Si	No	Si	No	_____
GASTROINTESTINAL					
Ulceras Gastricas	Si	No	Si	No	_____
Digestivo	Si	No	Si	No	_____
GENITOURINARIO					
Enfermedades sexual	Si	No	Si	No	_____
LINFATICO					
Anemia	Si	No	Si	No	_____
PIEL					
Eccema	Si	No	Si	No	_____
Rosacea	Si	No	Si	No	_____
MUSCULO-SCKELETAL					
Muscular Dystrophy	Si	No	Si	No	_____
NEUROLOGICO					
Esclerosis Multiple	Si	No	Si	No	_____
Epilepsia	Si	No	Si	No	_____
Migrañas	Si	No			_____
RESPIRATORIO					
Asma	Si	No	Si	No	_____
Bronquitis	Si	No	Si	No	_____
Enfisema	Si	No	Si	No	_____

Alergias a Medicinas: (lista) _____

LISTA DE MEDICAMENTOS: _____
