



BIENVENIDO

11893 Valley View St.
Garden Grove, CA 92845
Phone: 714.373.2020
Fax: 714.373.2015
www.optometrycare.com

CUESTIONARIO DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

IMPORTANTE: Este cuestionario se repasa en todas las citas. Favor de contestar todas las preguntas.

Apellido _____ Nombre _____ Seg. Nom. _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono en el trabajo _____ Teléfono en casa _____ No. del Seg. Soc. _____
Fecha de nac. _____ Ocupación _____ Empleador _____
Contacto en caso de emergencia _____ Teléfono _____
Fecha del último examen de la vista _____ ¿Dilatado? _____ Sí/No
Fecha de hoy _____ Remitido por _____

Información médica

¿Cuál es su estado general de salud? _____

¿Tiene problemas con alguno de estos sistemas? (Haga un círculo alrededor de sí o no.)

Gastrointestinal	Sí/No	Nervioso	Sí/No	Endocrino (glándulas)	Sí/No
Oídos/nariz/garganta	Sí/No	Urinario	Sí/No	Sangre/linfa	Sí/No
Cardiovascular	Sí/No	Muscular/óseo	Sí/No	Alérgico/inmunológico	Sí/No
Respiratorio	Sí/No	Integumentario (piel)	Sí/No	Dolores de cabeza	Sí/No
Presión sanguínea alta	Sí/No	Ojos	Sí/No	Mental	Sí/No

Explique _____

Diabetes Sí/No Tipo _____ Fecha del diagnóstico _____

¿Alérgico a algún medicamento? Sí/No ¿Cuál? _____ ¿Reacciones? _____

Otros problemas de salud _____

Medicamento(s) que toma ahora _____

Marque aquí si no toma ningún medicamento

¿Lo han operado de algo? Sí/No ¿De qué? _____ ¿Cuándo? _____

Nombre de su médico familiar _____

Fecha de la última visita _____ Fecha de la última vacuna contra el tétanos _____

Historia clínica familiar

Presión sanguínea alta Sí/No Parentesco _____ Degeneración macular Sí/No Parentesco _____

Diabetes Sí/No Parentesco _____ Desprendimiento de retina Sí/No Parentesco _____

Glaucoma Sí/No Parentesco _____ Cataratas Sí/No Parentesco _____

Información personal sobre los ojos

¿Tiene problemas de la vista? Sí/No ¿De qué tipo? _____

¿Lo operaron alguna vez de los ojos? Sí/No ¿De qué tipo? _____ Fecha _____

¿Tuvo una lesión de los ojos? Sí/No ¿De qué tipo? _____ Fecha _____

¿Tiene glaucoma? Sí/No ¿Cataratas? Sí/No ¿Ojos secos? Sí/No

¿Degeneración macular? Sí/No ¿Desprendimiento de retina? Sí/No ¿Vista borrosa? Sí/No

¿Usa lentes? Sí/No ¿Lentes de contacto? Sí/No Tipo _____

Información adicional _____

Doctor Use Only (Sólo para uso del médico)

Reviewed by (Repasado por) _____ No changes (Sin cambios) Date (Fecha) _____

Reviewed by (Repasado por) _____ No changes (Sin cambios) Date (Fecha) _____

Reviewed by (Repasado por) _____ No changes (Sin cambios) Date (Fecha) _____

INSURANCE INFORMATION

Primary Vision Insurance Name _____

Primary member for this plan _____

ID of Primary Member _____

Birthdate (of primary) _____

SSN# (of primary) _____

Relationship to patient _____

Secondary Vision Insurance Name _____

Primary member for this plan _____

ID of Primary Member _____

Birthdate (of primary) _____

SSN# (of primary) _____

Relationship to patient _____

Medical Insurance Name _____

Primary member for this plan _____

ID of Primary Member _____

Birthdate (of primary) _____

SSN# (of primary) _____

Relationship to patient _____

Name of Primary Care Provider _____

Phone Number (of PCP) _____

AUTHORIZATION AND RELEASE

I certify that I, and/or my dependent(s), have insurance coverage with _____ and assign directly to Hollie Huynh, OD, all

Name of Primary Insurance
insurance benefits, if any otherwise payable to me for services rendered. I accept responsibility for payment of any portion of vision services rendered which are not covered by my insurance. I authorize the use of my signature on all insurance submissions. The above named doctor may use my healthcare information and may disclose such information to the above named insurance company(ies) and their agents for the purpose of obtaining payment for services and determining insurance benefits or the benefits payable for related services. This consent will end when my current treatment plan is completed or one year from the date signed below.

Signature of Patient or Parent/Guardian

Printed Name of Patient or Parent/Guardian

Date

Relationship to Patient

HIPAA

In the course of providing service to you, we create, receive and store health information that identifies you. It is often necessary to use and disclose this information in order to treat you, to obtain payment for our services, and to conduct healthcare operations involving our office. The Notice of Privacy Practices you have been given describes these uses and disclosures in detail. By signing this form, I acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practices from Eastgate Optometry Care. A Professional Corp.

Signature

Date