

## EDWARD M STROH MD PC RETINA Paquete para nuevos pacientes



### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre de pila		Medio		Último	
Fecha de nacimiento / /		Edad		Género: MASCULINO FEMENINO	
Dirección		Ciudad Cremallera		Estado	
Teléfono de casa ( )	Teléfono móvil ( )	Otro teléfono ( )	Seguridad Social # - -		
Empleador		Teléfono del trabajo ( )			
Nombre del familiar más cercano/contacto de emergencia		Relación	Teléfono # ( )		
Estado civil del paciente (marque con un círculo): Soltero Casado Divorciado Viudo Legalmente separado Pareja Nombre del cónyuge: Teléfono:					
Carrera:		Correos electrónicos:			
Ocupación		Dirección Código postal			

### INDIVIDUO RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre de pila		Medio		Último	
Dirección		Ciudad Cremallera		Estado	
Teléfono de casa ( )	Teléfono del trabajo ( )	Empleador		Seguridad Social # - -	

### COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO

Compañía	Número de identificación de la póliza	Grupo # OMS			
Nombre del titular de la póliza Asegurado	fecha de nacimiento	número de seguro social	Relación con		

### COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIOS

Compañía	Número de identificación de la póliza	Grupo # OMS			
----------	---------------------------------------	----------------	--	--	--

¿SU VISITA NO ESTÁ RELACIONADA CON CULPA O COMPENSACIÓN LABORAL? Sí No \_\_\_  
EN CASO SÍ, CONSULTE A LA RECEPCIONISTA PARA OBTENER DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

¿Se encuentra actualmente en un centro de enfermería especializada? Sí No \_\_\_

Nombre del centro de enfermería especializada o de enfermería DIRECCIÓN  
Ciudad Estado Teléfono

### Historia social:(Por favor marque todo lo que corresponda)

De fumar:  nunca fumó  fuma todos los días  fuma actualmente algún día  Ex fumador  
Cantidad por día fumada \_\_\_\_\_ (Paquetes por día \_\_\_\_\_ Año en que dejó de fumar \_\_\_\_\_

Consumo de alcohol:  Sí  No En caso afirmativo, cuánto y con qué frecuencia

---

Uso de drogas recreativas:  Sí  No En caso afirmativo, qué y con qué frecuencia

---

¿Manejas?  Sí  No ¿Conduces de noche?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

### Detalles del motivo de su visita e historial de quejas oculares actuales

---

---

---

¿Cuándo empezó? ¿Por cuánto tiempo has tenido este problema?

¿El problema apareció rápida o lentamente?	Rápidamente	Despacio
--	-------------	----------

Por favor describa:

¿Algo pareció causar o provocar el problema?

¿El problema siempre está ahí o va y viene?	Siempre allí	Viene y va
---	--------------	------------

¿Hay algo que lo haga mejor o peor?	Sí	No
-------------------------------------	----	----

En caso afirmativo, describa:

¿Qué tan grave es el problema? (Puedes describir cómo te molesta o describirlo como leve, moderado o severo)

¿Ha cambiado el problema de alguna manera desde que apareció por primera vez?	Sí	No
---	----	----

Igual / Mejor / Peor; Más a menudo/Menos a menudo:

¿Ha tenido este problema antes o ha recibido un diagnóstico?	Sí	No
--	----	----

### Enumere cualquier problema ocular previo y tratamientos (incluidos láseres, inyecciones, medicamentos)

SN Retinopatía diabéticaTratos \_\_\_\_\_ Fecha de la última inyección\_\_\_\_\_

YN Degeneración Macular Tratos \_\_\_\_\_ Fecha de la última inyección\_\_\_\_\_

SN Glaucoma Tratos \_\_\_\_\_

SN Otros trastornos oculares Tratos \_\_\_\_\_

### Historia ocular pasada: (Marque todo lo que corresponda y las fechas)

- Saludable en general Flotadores Catarata Ojos secos
- Desprendimiento de retina Desgarro de retina Miopía (miopía) Úlcera corneal
- Frunce macular Edema macular Hipermetropía (visión lejana)
- queratocono
- agujero macular Edema macular Ambliopía (ojo vago) Otros Dx de córnea
- Oclusión de la vena central de la retina  Glaucoma Astigmatismo Secreción ocular

- Oclusión de la rama venosa de la retina  Neuropatía óptica  afaquia  Alergias oculares  
 Oclusión de la arteria central de la retina  Neuritis óptica  Visión doble  uveítis  
 Oclusión de la rama de la arteria retiniana  Arteritis temporal  micáida yelida  iritis  
 Degeneración reticular  Retinitis pigmentosa  Ceguera de nacimiento  Lentes de contacto

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**Enumere todas las cirugías oculares anteriores y/o tratamientos con láser y/o tratamientos y fechas:**

Cirugía de Cataratas Ojo Derecho  Sí  No Fecha \_\_\_\_\_ Cirujano \_\_\_\_\_ ¿Complicaciones?  
 Cirugía de Cataratas Ojo Izquierdo  Sí  No Fecha \_\_\_\_\_ Cirujano \_\_\_\_\_  
 ¿Complicaciones?

Cirugía de Desprendimiento de Retina, Cirujano, Fechas:

Otras cirugías de vitrectomía, cirujano, fechas:

Otras cirugías oculares:

**Medicamentos para los ojos actuales: (enumere todos y cuántas veces al día)**

---



---



---

**Enfermedades oculares significativas: (Marque todas las que correspondan)**

- Saludable en general  Herpes  hipotiroidismo  Sjogrens u ojos secos  
 SIDA  VIH Positivo  Lupus  La enfermedad de Graves  
 Diabetes  Hipertensión  Esclerosis múltiple  hipertiroidismo  
 Artritis reumatoide Otro \_\_\_\_\_

**LISTA DE TODOS LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE VISITA (escriba los adicionales en el reverso)**

Nombre	Oftalmólogo/Optometrista reciente	Ciudad
Teléfono		
Nombre	Internista/Médico Familiar	Ciudad
Teléfono		
Nombre	endocrinólogo	Ciudad
Teléfono		
Nombre	Cardiólogo	Ciudad
Teléfono		

Nombre \_\_\_\_\_ Otra especialidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Otro médico/especialidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

**POR FAVOR INDIQUE TODAS LAS ENFERMEDADES PRINCIPALES QUE TENÍA EN EL PASADO Y HOSPITALIZACIONES: (con fechas)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS Por favor marque todo lo que corresponda:**

- Sin antecedentes de enfermedades.  Insuficiencia cardíaca congestiva  Hepatitis
- Enfermedad pulmonar
- Anemia  EPOC  Hipertensión  Lupus
- Artritis  Diabetes  Colesterol alto  Migraña
- Arritmia  Eczema  VIH  polimialgia
- Asma  fibromialgia  Nefropatía  Desorden psiquiátrico
- Desorden sangrante  Dolor de cabeza  Cálculos renales  Cáncer de piel
- Fechas y tipos de cáncer: \_\_\_\_\_  Pérdida de la audición
- Enfermedad del hígado
- Fechas del accidente cerebrovascular: \_\_\_\_\_  Enfermedad de tiroides
- Diabetes: cuando se diagnostica \_\_\_\_\_ ¿Estás tomando insulina? SN
- ¿Cuál es su HgA1C? \_\_\_\_\_ Rango reciente \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Azúcar en sangre \_\_\_\_\_
- ¿Haces pruebas en casa? SN ¿Está usted en diálisis? SN ¿Dónde? \_\_\_\_\_

**Infecciones:(Por favor marque todo lo que corresponda)**

- Saludable en general  Herpes Simple  VIH/SIDA  Sífilis  Varicela
- Herpes Zoster/culebrilla  Meningitis  toxoplasmosis  Hepatitis
- A/B/C  histoplasmosis  SARM  Infección en la herida

Otro:

Historia familiar: marque si algún miembro de la familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones.

Adoptado

Diagnóstico	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Otro	Otro
Anemia						
Artritis						
Ceguera						
Cáncer (tipo)						
Catarata						
Diabetes						

Retinopatía diabética						
Glaucoma						
Cardiopatía						
Hepatitis						
Hipertensión						
Nefropatía						
Degeneración macular						
Desprendimiento de retina						
Ataque						
Tuberculosis						
Enfermedad de tiroides						
uveítis						

**Historia Quirúrgica: Círculo Uno)      fechas      Nombre del cirujano**

**Hospital** \_\_\_\_\_

**Corazón**      Sí No \_\_\_\_\_

**Vascular**      Sí No \_\_\_\_\_

**Mama**      Sí No \_\_\_\_\_

**Histerectomía**      Sí No \_\_\_\_\_

**Otra Cirugía**      Sí No Detalles \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Vesícula biliar**      Sí No \_\_\_\_\_

**Hernia**      Sí No \_\_\_\_\_

**Apéndice**      Sí No \_\_\_\_\_

**Próstata**      Sí No \_\_\_\_\_

**Abdomen**      Sí No \_\_\_\_\_

**Otro:**      Sí No \_\_\_\_\_

**Revisión de Sistemas: (Marque todo lo que corresponda)**

**Cabeza, Orejas, Nariz, Garganta**

- Cirugía previa
- Dolor de cabeza

fácilmente

- Migraña
- Dolor de cabeza en racimos
- Zumbido en los oídos

**Respiratorio**

- Tos
- EPOC
- Sibilancias
- Asma
- Neumonía

**Sangre / Ganglios linfáticos**

- Fácil aparición de hematomas
- Las encías sangran
- Sangrado prolongado
- Uso excesivo de aspirina
- Otro

- Problemas de audición
- Vértigo
- Meningitis
- Infección de los senos nasales

las articulaciones

- Sangrados de nariz
- Pérdida del olfato

**Gastrointestinal**

- Acidez estomacal
- Úlcera
- Náuseas / Vómitos
- Ictericia / Hepatitis
- Gastrointestinal

**musculoesquelético**

- Rigidez
- Artritis
- Dolor/hinchazón de
- Amputación
- Infecciones

**Piel**

- Erupción/llagas

**inmunológico**

- Urticaria

**genitourinario**

- Dolor /

**Dificultad**

- Lesiones

- Picazón

- Sangre en la orina

- Urticaria / Eczema
- Secreción nasal
- Historia de los cálculos renales
- Rosácea
- Otras enfermedades inmunológicas
- Historia de ETS
- Erupción/llagas
- Polimialgia Reumática
- Insuficiencia renal
- Úlceras en la piel
- Psiquiátrico
- Diálisis
- Cardiovascular**
- Ansiedad / Depresión
- Neurológico**
- Dolor en el pecho
- Cambios de humor
- Convulsiones**
- Mareos
- Manía
- Debilidad/Parálisis/Apoplejía**
- Desmayos
- Dificultad para dormir
- Entumecimiento
- Dificultad para respirar
- Entumecimiento
- Alzheimer
- Latidos cardíacos irregulares
- Personalidad límite
- Parkinson
- Dificultad para acostarse
- Constitucional**
- Pseudotumor
- cerebral**
- Colesterol alto
- Aumento de peso
- Temblores
- Endocrino**
- Pérdida de peso
- Otro**
- Aumento de la sed
- Debilidad
- Cáncer \_\_\_\_\_
- Aumento del hambre
- Fatiga
- Tipos y Tratamientos:**
- Aumento de la micción
- Fiebre
- Aumento de la sudoración
- Pérdida de peso
- Cambios en las uñas
- Sudores nocturnos

**Consentimiento para examen que incluye gotas para los ojos dilatadores:**

Por la presente doy mi consentimiento para los procedimientos de examen que, a juicio de mis médicos, puedan considerarse necesarios o aconsejables siempre que sea paciente de DR STROH / EMSMDPC / RCLI. Acepto que mi tratamiento y atención puedan ser observados y/o ayudados por médicos y/u otros asistentes bajo supervisión. Por la presente autorizo a los médicos y/o sus asistentes a administrarme gotas para los ojos dilatadores siempre que sea paciente de DR STROH / EMSMDPC / RCLI. Las gotas dilatadoras se usan para dilatar o agrandar las pupilas del ojo y permitir que el médico obtenga una mejor vista del interior del ojo; pueden nublar la visión durante un período de tiempo que varía. Su médico no puede predecir en qué medida se verá afectada su visión. Debido a que caminar o conducir puede resultar difícil inmediatamente después del examen, debe estar preparado para tener un asistente o conductor en caso de que sienta que no puede caminar o conducir con seguridad. Las reacciones adversas, como el glaucoma agudo de ángulo cerrado, pueden desencadenarse en raras ocasiones con gotas dilatadoras y se pueden tratar con atención médica inmediata.

NOMBRE DEL PACIENTE (Por favor imprima)

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

