

**Bienvenidos a Bell Vision Optometry!** Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
 Favor de tomar unos minutos para completar su historia medico

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo (M/F): \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, nombre complete de madre/padre tutor legal: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Estado, Codigo \_\_\_\_\_

Cellular: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ #de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Seguro de vision: \_\_\_\_\_ Ultima examen de ojo: \_\_\_\_\_

Seguro medico: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Ultima examen: \_\_\_\_\_

**Cual es la razon de su visita el dia de hoy?**

\_\_\_\_\_

| <b>Historia Personal</b>                                | Si | No |
|---|----|----|
| Glaucoma  |    |    |
| Cataratas   |    |    |
| Degeneración Macular                                    |    |    |
| Herida de Ojo   |    |    |
| Enfermedad de Retina                                    |    |    |
| Ceguera   |    |    |
| Ojo Volteado/ Estrabismo                                |    |    |
| Ojo Vago/ Ambliopía                                     |    |    |
| Infección de Ojo  |    |    |
| Ojo Seco  |    |    |
| Alta Presion  |    |    |
| Diabetis  |    |    |
| Otro Enfermedades?/Prematurity                          |    |    |
| Tiene Lentes?   |    |    |
| Tiene lentes de contacto?<br><i>Si no, legustaria?</i>  |    |    |
| Alguna ves tubo sirujia de ojos?                        |    |    |
| Si si, que tipo de sirujia era? Y porque fue realizada? |    |    |
| <b>Historia Familiar</b>                                | Si | No |
| Glaucoma  |    |    |
| Cataratas   |    |    |
| Degeneración Macular                                    |    |    |
| Herida de Ojo   |    |    |
| Enfermedad de Retina                                    |    |    |
| Ceguera   |    |    |
| Ojo Volteado/ Estrabismo                                |    |    |
| Ojo Vago/ Ambliopía                                     |    |    |
| Infección de Ojo  |    |    |
| Ojo Seco  |    |    |
| Alta Presion  |    |    |
| Diabetis  |    |    |
| Otro Enfermedades? (Cáncer)                             |    |    |

| <b>Historia Social</b>                  | Si | No |
|---|----|----|
| Usa tabaco (fumado, aspirado/rape)?     |    |    |
| <i>Si es así, fuma todos los dias?</i>  |    |    |
| <i>Si es no, a fumado en el pasado?</i> |    |    |
| Used usa drogas recreativas?            |    |    |
| Bebe bebidas alcohólicas?               |    |    |
| Está usted embarazada/Amamantando?      |    |    |
| Ocupacion:                              |    |    |
| Pasatimepos:                            |    |    |
| Cuantas horas aldia usa la computadora? |    |    |
| Cuales su actual estatura?              |    |    |
| Cuales su peso actual?                  |    |    |

| <b>Repaso del Historia del Paciente</b>  | Si | No |
|--|----|----|
| Constitution ( <i>Fiebre, aumento o/perdida de peso</i> )                          |    |    |
| Enfermedad Cardiovascular<br>( <i>Alta Presion, Derrame Cerebral</i> )             |    |    |
| Oreja, Nariz, Garganta, Boca<br>( <i>Alergias, Sinusitis, Seco</i> )               |    |    |
| Respiratorio ( <i>Asma, Bronchitis, Enfisema</i> )                                 |    |    |
| Gastrointostin ( <i>Diarrea, Estreñimiento</i> )                                   |    |    |
| Genitourinario<br>( <i>Genitales, Renales, Problemas de la vejiga</i> )            |    |    |
| Musculoesa veletico<br>( <i>Artritis, Dolor muscular y articular</i> )             |    |    |
| Integumento ( <i>Problemas de la piel</i> )  |    |    |
| Neurologico<br>( <i>Dolor de Cabeza, Migraines, Convulsiones</i> )                 |    |    |
| Psiquiatrico ( <i>Problemas mentales y emocionales</i> )                           |    |    |
| Endocrino ( <i>Alteraciones de la tiroides, Diabetis</i> )                         |    |    |
| Hematologica/Linfatico ( <i>Anemia, Problemas de Sangrado</i> )                    |    |    |
| Enfermedad autoimmune ( <i>artritis reumatoidea, Lupus eritematoso sistemico</i> ) |    |    |
| Cáncer   |    |    |

**Nombre de Medicamentos:** (con o sin receta medica)

**Alergias:** Tiene used alergia alguna medicina? Si o No, qual?

Medical History reviewed by Optometrist (sign and date)

### Correo Electronico y Mensajes de Texto

La Regla de Privacidad permite cubierto proveedores de atención médica para comunicarse electrónicamente, como por ejemplo a través de correo electrónico o mensajes de texto, con sus pacientes, siempre que se apliquen medidas de protección razonables antes de hacerlo. Por favor, seleccione abajo cual se significa que permite a Bell Vision Optometry comunicarse:

- SI, acepto el correo electronico o mensaje de texto (y se que cargos pueden aplicar con la compania de telefono por uso) para recibir actualizaciones y mensajes de Bell Vision Optometry. Si es asi, favor de firmar y porporcionar su correo electronico a continuacion.  
**Si es si, por favor de seleccionar su opcion:**
  - LOS DOS correo electrónico y mensaje de texto
  - SOLO correo electronico
  - SOLO mensaje de texto.
- NO, yo no doy permiso de usar mi correo electronico y mensajes de texto y prefiero que Bell Vision me llame al numero de telefono que aparese arriba para recibir actualizaciones y mensajes. Yo no acepto poner mi correo electronico abajo.

Correo Electrónico/Email

Firma Del Paciente

Fecha

Firma Del Madre/Padre (Si el paciente es menor)

Fecha

### Reconocimiento Notificación de Prácticas de Privacidad

He recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de Bell Vision Optometry. Entiendo que Bell Vision Optometry tiene el derecho a cambiar las Prácticas de Privacidad de tiempo a tiempo y que yo puedo comunicarme con Bell Vision Optometry en cualquier momento para obtener una copia de la Notificación más reciente de las Prácticas Privadas.

Firma Del Paciente

Fecha

Firma Del Madre/Padre (Si el paciente es menor)

Fecha



