

# Valley Vision Associates

Robert D. Davis O.D. Erick V. Johnson O.D. Abel W. Li M.D. Scott M. Oltman O.D.

## QUESTIONARIO CLINICO DEL PACIENTE

**IMPORTANTE:** Este cuestionario tiene que ser revisado en cada cita. Por favor conteste todas las preguntas.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Historial Medico (Marque todo lo que corresponda):**

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alta presion sanguinea | <input type="checkbox"/> Hepatitis              | <input type="checkbox"/> Problemas del corazon | <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina  |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides | <input type="checkbox"/> Glucoma               | <input type="checkbox"/> Estrabismo (ojos cruzados) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> HIV Positivo           | <input type="checkbox"/> Cataratas             | <input type="checkbox"/> Herido en los ojos         |
| <input type="checkbox"/> Artritis               | <input type="checkbox"/> Cancer                 | <input type="checkbox"/> Degeneracion macular  | <input type="checkbox"/> Sirugia de los ojo         |

**Doctor primario:** \_\_\_\_\_ **Farmacia:** \_\_\_\_\_

<b>Medicamentos:</b>

<b>Alergias a medicamentos:</b>
<input type="checkbox"/> No se conocen alergias a medicamentos

**Hospitalizaciones o sirugias previas:** \_\_\_\_\_

Revision de sistemas:	Si	No	En caso afirmativo, explique	For Doctors & Techs	Initials & Date	Initials & Date
<i>Tiene actualmente alguno de los siguientes problemas?:</i>						
Ojos (e.g., dolor, lagrimeo, rojez, comezon, perdida repentina de la vista)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Constitutional/Sintoma (e.g., fiebre, perdida o ganancia de peso, fatiga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Problemas de Oido/Nariz/Garganta/ Boca (e.g., perdida del oir, problemas de sinusitis, tos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Cardiovascular (e.g., dolor en el pecho, latido del Corazon irregular, marcapasos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Problemas respiratorios (e.g., falta de alineto, resollar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Hematologico / Linfatico (e.g., sangrado, anemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Alergias (e.g., fiebre del heno, ronchas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Problemas gastrointestinales (e.g., dolor addominal, diarrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Problemas urinarios (e.g., dolor o malestar, sangre en la orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Problemas de la piel (e.g., erupciones, sequedad excesiva, la rosácea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Problemas musculoesqueletico (e.g., dolor de musculos,dolor de la articulaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Problemas neurologicos(e.g., entumecimiento, debilidad, dolores de cabeza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Problemas endocrinos (e.g., diabetes, tiroide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Problemas psiquiatricos (e.g., depresion, ansiedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
<b>Alertas:</b>						
<i>Tiene o esta usando alguna de las siguientes?:</i>						
MRSA – infeccion de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Medicamento de Flomax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Alergia al adhesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Alergia a la lidocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Alergia al yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
La premedicacion antes de los procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			

**Historial Familiar:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ceguera                   | <input type="checkbox"/> Ojo vago / cruzado | <input type="checkbox"/> Glucoma              |
| <input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina | <input type="checkbox"/> Cataratas          | <input type="checkbox"/> Degeneracion macular |

**Historial social:**

Usted usa....?    Tabaco    Si    No                    Alcohol    Ocasional    Raramente    Nunca

## Pagos e Informacion de Factura:

\*\*Si usted tiene ambos tipos de planes de seguro (visión y médico) puede ser necesario que mandemos algunos de los servicios a un plan y algunos servicios al otro. Seguiremos un procedimiento llamado coordinación de beneficios para hacerlo apropiadamente y para minimizar su gasto de desembolso.

Por favor inicie:

\_\_\_\_\_ Certifico que yo (o mi dependiente) tengo seguro y / o cobertura de Medicare, y asignar el pago directo a Valley Vision Associates para los servicios y beneficios materiales. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

\_\_\_\_\_ Entiendo que soy financieramente responsable de todos los co-pagos, deducibles, los materiales y los servicios no cubiertos por mi seguro y / o Medicare. Autorizo Valley Vision Associates para liberar toda la informacion necesaria para garantizar el pago de las prestaciones.

\_\_\_\_\_ Entiendo que soy financieramente responsable de todos los materiales y servicios en el evento si no presentó ningún tipo de seguro.

\_\_\_\_\_ He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades de HIPAA

\_\_\_\_\_ Para los pacientes con cobertura de Medicare - entiendo que Medicare no cubre la refraccion y que soy responsable de la tarifa de refraccion \$44; la prueba en la que se escribe la prescripcion de lentes.

\_\_\_\_\_ Solicito que Valley Vision Associates, bajo petición, elimine toda la informacion relacionada con mi cuidado de la salud y el bienestar en general, a las personas que figuran a continuación que no sea yo. Tienes mi permiso para hablar y soltar todos los registros médicos e información relacionados con el tratamiento de la salud a la persona (s) que aparece a continuación. Esta solicitud es para estar en efecto hasta que yo envié una solicitud por escrito para un cambio.

<b>Nombre</b>	<b>Relacion</b>	<b>Numero de Telefono</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprima su nombre