

METROLINA EYE ASSOCIATES, PLLC Registration Form

Fecha:				Doctor de familia:			
PATIENT INFORMATION							
Apellido de paciente:		Primer nombre:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Ms.	Status civil (por favor indique) Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Viudo(a)	
Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si marco "no", cual es su verdadero nombre:		(Nombre de soltero(a):		Fecha de nacimiento / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Direccion:			Seguro Social:		Telefono de Casa: ()		
P.O. Box:		Ciudad:		Estado:		Codigo postal:	
Occupacion:		Trabajo:			Telefono de trabajo: ()		
Como Escucho de esta clinica/si fue referido por favor escoja una de las opciones:				<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Aseguranza	<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Cerca de trabajo/casa	<input type="checkbox"/> paginas amarillas	<input type="checkbox"/> Otro:			
Otros familiares que son vistos:							
INFORMACION DE ASEGURANZA-PORFAVOR ENTREGUE TARJETA AL FRENTE							
Persona responsable por bill:		Fecha de nacimiento: / /	Direccion (si diferente):			Telefono de casa: ()	
Es esta persona paciente aqui? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Occupacion:		Empleador:	Direccion de Empleo:			Telefono de empleo: ()	
Este paciente esta asegurado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Por favor indique aseguranza:		<input type="checkbox"/> BC & BS	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> Cigna	<input type="checkbox"/> UHC	
<input type="checkbox"/> MedCost	<input type="checkbox"/> Medicaid-NC (only)	<input type="checkbox"/> Eye Med	<input type="checkbox"/> VSP		<input type="checkbox"/> Otro		
Responsable de aseguranza:		Seguro social de responsable:	Fecha de nacimiento: / /	Numero de grupo:	Numero de poliza:	Pago: \$	
Relacion de paciente al responsable?		<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Otro		
Nombre de segunda aseguranza:		Responsable de aseguranza:		Numero de grupo:	Num. poliza:		
Relacion al responsable?		<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Otro		
EN CASO DE EMERGENCIA							
Nombre una persona/familiar/amigo (diferente direccion)			Relacion al paciente:	Telefono de casa: ()	Telefono de trabajo: ()		
La informacion indicada es verdadera alo mayor de mi conocimiento, autorizo que mis beneficios de aseguranza sean pagados directamente al doctor. Entiendo que soy responsable por cualquier balance restante. Tambien autorizo a Metrolina Eye Associates o' ami aseguranza que compartan cualquier informacion requerida para procesar mi reclamacion medica.							
_____ Patient/Guardian signature				_____ Date			

Historial Medico

NOMBRE: _____ ESTADO CIVIL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Ha padecido o padece de lo siguiente?

Asma/Asthma _____ Alta presion/Hypertension _____

Diabetes/Diabetes _____ Enf. Corazon/Heart _____

Enf pulmon/Lungs _____ Ataques Corazon/Heart attack _____

Enf rinon/Kidney _____ Migrana/Migraines _____

Dialysis/Dialysis _____ Cancer/Cancer _____

Artritis/Arthritis _____ Derrame/Stroke _____

-Otros problemas o' enfermedades/Other: _____

-Cirugias anteriores y fecha/Past surgeries and date: _____

-Lista de medicamentos/ Medications: _____

-Alergia a medicamentos/Medication Allergy: _____

Motivo de visita/Reason for visit: _____

Recomendado por/Recommended by: _____

Ha tenido problemas de vista en el pasado? _____

Porfavor indique/Please note: _____

-Usa lentes?Glasses? _____ -Contactos/contacts? _____

-HIV _____ OTHER: _____

Historial de familia

ANOTAR CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD GRAVE O

CAUSA DE MUERTE DE ALGUNO DE ESTOS PARIENTES

PADRE(FATHER): _____

MADRE(MOTHER): _____

HERMANOS(A): _____

HIJOS(CHILDREN): _____

HAY ALGUN PROBLEMA DE VISTA EN

SU FAMILIA? _____

SENALE SEGUN CORRESPONDA/HX:

GLAUCOMA,CATARATA,ESTRABISMO

DEGENERACION MACULAR,RETINA

OTRA: _____

OTRA ENFERMEDAD PROPENSA EN SU FAMILIA?

OTHER FAMILY DISEASES THAT RUN IN YOUR FAMILY?

HISTORICO SOCIAL/SOCIAL HX:

Uso de Alcohol/Alcohol use> NEVER/NUNCA _____

OCASIONALMENTE/OCCASIONALLY _____

SEMANAL/WEEKLY _____ DIARIO/DAILY _____

-USO RECREATIVO DE DROGAS/DRUG USE? _____

ANALISIS DEL SISTEMA/SYSTEM ANALYSIS: Actualmente tiene o ha tenido recientemente los siguientes sintomas?

SINTOMAS DEL OIDO,NARIZ,GARGANTA O BOCA:

(EYE,EAR,NOSE AND THROAT) SORDERA,ZUMBIDO EN EL OIDO

DOLOR DE GARGANTA,SINUSITIS,DESCARGA NASAL

CARDIOVASCULAR/CARDIOVASCULAR

DOLOR EN EL PECHO,PALPITACIONES,LATIDO CARDIACO

RESPIRATORIO/RESPIRATORY

FALTA DE AIRE,DIFICULTAD AL RESPIAR,TOS

ALERGICO/ALLERGIES

DERMATITIS,ASMA,ALERGIA CLIMATICA

OTROS/OTHERS

ARTRITIS,DEBILIDAD,GOTA,ANSIEDAD/ANXIETY,DEPRESSION,OTROS

PIEL/BUSTO(SKIN)

LESIONES,BULTO,CAMBIOS EN PELO

O' UNAS,PICAZON,ERUPCION CUTANEA

NEUROLOGICO/NEUROLOGIC

PARALISIS,ADORMECIMIENTO,CONVULSIONES

PERDIDA DEL OLFATO,GUSTO O DEL HABLAR

GATROINTESTINAL/GASTROINTESTINAL

PERDIDA DEL APETITO,DOLOR ABDOMINAL,NAUSEA

CONSTITUTIONAL/CONSTITUTIONAL

DOLOR DE CABEZA,FIEBRE,PERDIDA DE PESO

FIRMA DEL PACIENTE/PADRES: _____ DATE/FECHA _____

REVISADO POR/REVISED BY: _____ O.D/M.D/CMA/RN/LPN