

OAK CLIFF OPHTHALMOLOGY

JEFFREY ROBERTSON, MD

REGISTRACION DE PACIENTE

Información de Paciente:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____ **SS:** _____ **Sexo:** M / F

Lenguaje Preferido: _____ Raza: _____

Nombre de Farmacia: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Doctor Primario: _____ Teléfono: _____

Como se entero de nosotros? _____

Como prefiere que le contactemos: Casa / Celular / Texto / Correo Electrónico

Seguro Primario:

Nombre de Seguro: _____ Teléfono: _____

Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Póliza: _____ Grupo: _____ Empleo: TC MT Jubilado

Seguro Secundario:

Nombre de Seguro: _____ Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Póliza: _____ Grupo: _____

Asignación y Comunicado:

Firma: _____ Fecha: _____

OAK CLIFF OPHTHALMOLOGY

JEFFREY ROBERTSON, MD

INFORMACION MEDICA

Nombre: _____ FDN: _____

Alergia a Medicamento: Si/No Por favor provea nombre y reaccion a medicamento:

Nombre **TODO** medicamento que actualmente este usando para los **OJOS** :

Nombre todo medicamento que este tomando actualmente: _____

Condiciones OJO	Si	N	Antecedent e Familiar	Salud General	Si	N	Antecedente Familiar
Catarata				Diabetes			
Glaucoma				Alta Presión			
Ceguera				Problemas de Corazón/Colesterol			
Desprendimiento de Retina				COPD/Asthma/Emphysema			
Degeneración Macular				Enfermedad Autoinmune/Tipo?			
Herida de OJO				Artritis			
Problemas de Retina				Alergias Estacionales			
Cirugía en OJO				Cáncer/Tipo?			
				Historia de Derrame Cerebral			
				Trastorno Convulsivo			
Otro Problema OJO				Problemas de La Tiroides			
				Hepatitis: Tipo?			
				HIV			
				Tuberculosis			
				Vascular			

Nombre todo problema de salud y historia quirúrgica:

Historia Social :

Usted Fuma ? Si/No / Anteriormente? Cuanto Fuma? _____ Cuanto tiempo

Fumo? _____ Toma Alcohol? Si/No _____ Drogas? Si/No _____

Usted usa anteojos ? Si/No Cuanto tiempo tienen con sus anteojos actuales ?

_____ Usted usa lentes de contacto ? Si/No Tipo/Marca: _____

Firma: _____ Fecha: _____