

## INFORMACIÓN DE REGISTRO PERSONAL

PORFAVOR INPRIMA CLARAMENTE CON PLUMA NEGRA  
Porfavor de llenar lo siguiente completamente.

**FECHA:** \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ APODO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ M/F \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ NO. DE LICENCIA DE CONDUCIR: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ OCUPACION/EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

### Garantor Principal

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ M/F \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

DIRECCION (si diferente) \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL : \_\_\_\_\_ NO. DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ NO. DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

### CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TEL #1: \_\_\_\_\_ TEL #2: \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE : \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TEL #1: \_\_\_\_\_ TEL #2: \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SEGURO

SEGURO **PRIMARIO** : \_\_\_\_\_ NO. DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

PLAN: \_\_\_\_\_ NO. GRUPO: \_\_\_\_\_ NO. DE IDENTIFICACION DEL PLAN: \_\_\_\_\_

NO. DE LICENCIA DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_

SEGURO **SECUNDARIO**: \_\_\_\_\_ NO. DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

PLAN: \_\_\_\_\_ NO. GRUPO: \_\_\_\_\_ NO. DE IDENTIFICACION DEL PLAN: \_\_\_\_\_

NO. DE LICENCIA DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_



**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**ESTATURA:** \_\_\_\_\_

**PESO:** \_\_\_\_\_

## LISTA DE PROBLEMAS MEDICOS

Compruebe por favor/circunde todos los problemas médicos pasados actuales y significativos y explique abajo.

### CORAZON

- Ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca
- Ritmo cardíaco irregular
- Dolor torácico
- Presión arterial alta
- Colesterol alto
- Marcapasos

### RESPIRACION

- Asma
- Dificultad para respirar
- Infecciones pulmonares
- Enfermedad pulmonary

### ENDOCRINO

- Enfermedad tiroidea
- Diabetes
- Calor/intolerancia al frío

### GENITOURINARIAS

- Enfermedad del riñón o de la próstata
- Dificultad para orinar
- Enfermedades de transmisión sexual

### SALUD GENERAL

- Fiebre
- Fatiga o baja energía
- Sudores nocturnos o escalofríos
- Aumento de peso/pérdida
- Hinchazón del tobillo

### PSIQUIATRICO

- Depresión, cambios en el estado de ánimo
- Ansiedad
- Confusion
- Mala memoria
- Drogadicción

### CANCER / SANGRE

- Cancer
- Tratamiento de radiacion
- Quimioterapia
- Anemia
- Hematomas excesivos
- Glándulas hinchadas

### ALERGIA/INMUNE

- Hay fever
- Infecciones frecuentes
- VIH positivo
- Enfermedad autoinmune

### PIEL, MAMA

- Cánceres de piel
- Erupciones
- Protuberancias o dolor en los senos
- OREJA, NARIZ, GARGANTA**
- Problemas sinusales
- Problemas auditivos
- Ronquera
- Sangrado nasal frecuente

### NEUROLOGICO

- Dolores de cabeza severos o frecuentes
- Derrame cerebral
- Convulsiones
- Enfermedad de Parkinson
- Parálisis

### GASTROINTESTINAL

- Reflujo
- Indigestion
- Heces sanguinolentas/de color alquitrán
- Enfermedad de la úlcera
- Hepatitis
- Enfermedad hepática

### OCULAR

- Irritación, picazón, ardor o dolor
- Rasgado
- Visión borrosa
- Ceguera
- Hinchazón ocular

### MUSCULOESQUELETICOS

- Dolor articular
- Dolor al masticar
- Calambres musculares
- Debilidad
- Artritis

### OTROS

\_\_\_\_\_

Por favor explique sus **PROBLEMAS MEDICOS, CIRUGIAS Y HOSPITALIZACIONES MAS IMPORTANTES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor enumere las enfermedades que corren en su familia:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fumas? S / N

Alguna vez? S / N

Cuantas cajas /dia? \_\_\_\_\_

Por cuantos años? \_\_\_\_\_

Tomas Alcohol? S / N

Cuantas bebidas / dia? \_\_\_\_\_

## INTERCAMBIO DE INFORMACION

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

### ¿Cómo podemos comunicarnos con usted?

**NO. DE DOMICILIO:** \_\_\_\_\_  URGENCIAS  RUTINA  PUEDE DEJAR MENSAJE

**NO. DE TRABAJO:** \_\_\_\_\_  URGENCIAS  RUTINA  PUEDE DEJAR MENSAJE

**NO. DE CELULAR:** \_\_\_\_\_  URGENCIAS  RUTINA  PUEDE DEJAR MENSAJE

**CORREO ELECTRONICO\*\*:** \_\_\_\_\_  URGENCIAS  RUTINA  PUEDE DEJAR MENSAJE

**OTRO:** \_\_\_\_\_  URGENCIAS  RUTINA  PUEDE DEJAR MENSAJE

**\*\*Cuanto más disponible usted es para nosotros, más rápidamente podemos proporcionarle cambios importantes de la programación, los recordatorios de la visita, los resultados del laboratorio, las instrucciones peri-operativas, las respuestas a sus preguntas, etc.**

### REFERENCIA

Que le remitió a nuestra práctica?

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **NO. DE CONTACTO :** \_\_\_\_\_ **PODEMOS CONTACTAR REFERENCIA?**  Si  No

### GUARDIAN LEGAL

Si usted ha designado un tutor legal para sus asuntos de salud y finanzas, por favor díganos quién es.

Nombre de Tutor Legal: \_\_\_\_\_

### MEDICOS/PROVEEDORES DE ATENCION DE LA SALUD

Creemos que es en su mejor interés para nosotros conocer a todos los proveedores de atención médica involucrados en su cuidado, para que podamos comunicar información relevante de manera oportuna. Por favor enumere a continuación a todos sus médicos regulares y proveedores de atención médica (incluyendo proveedores de atención de salud gratuitos como quiropráctico, naturista, dietista y acupunturista) con quienes usted está dispuesto a comunicarnos.

NOMBRE DE PROVEEDOR	ESPECIALIDAD	NO. DE TELEFONO

### FAMILIA Y AMIGOS

Su privacidad es muy importante para nosotros. No podemos compartir ninguna información (incluyendo confirmación de fecha y hora de la cita) con cualquier persona, incluyendo un cónyuge o niño que da cuidado (a menos que sea su tutor legal) sin su permiso expresado. Por favor Enumere abajo todas las personas con quienes usted nos permitirá discutir completamente sus asuntos médicos.

NOMBRE DEL INDIVIDUO	RELACION AL PACIENTE	NO. DE TELEFONO

**Firma del paciente (o tutor legal):** \_\_\_\_\_

## PERMISO PARA FOTOGRAFIAS

Por este medio autorizo a Plastic Eye Surgery Associates, PLLC,(PESA), a tomar fotografías de mí y mi condición médica o cosméticamente relevante para cualquiera o todos los siguientes usos:

- 1.) facilitar las conversaciones telefónicas con los médicos de PESA sobre mi condición.
- 2.) documentación de cualquier cambio en mi situación.
- 3.) documentación para los propósitos del seguro de las preocupaciones médicamente necesarias.

Adicionalmente, entiendo que tales fotografías, o partes de ellas recortadas como para ayudar a enmascarar mi identidad, pueden ser utilizadas para la enseñanza o la investigación clínica en cualquier Conferencia de formato de publicación sin ninguna remuneración para mí. Al firmar este formulario, libero la práctica médica de PESA de cualquier reclamo futuro, así como la responsabilidad derivada del uso de dichas fotografías, entendiendo que para proteger mi privacidad, las fotografías sin enmascarar y de cara completa no serán utilizadas en la publicación, a menos que se proporcione un consentimiento por escrito adicional.

Cualquier fotografía tomada por PESA sigue siendo la propiedad expresa de PESA como parte de mi expediente médico. Aunque, como el resto de mi expediente médico, tengo el derecho legal de obtener copias de la misma a petición escrita en consonancia con las leyes estatales y federales habituales y las políticas de pesa.

Firma del paciente (o representante legal)

Nombre escrito del paciente (si aplica, del representante legal)

Fecha