

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: _____



JAMES R. PATRINELY, MD, FACS
CHARLES N.S. SOPARKAR, MD, PhD, FACS
3730 Kirby Drive, Suite 900, Houston, TX 77098
Tel. (713) 795-0705 Fax (713) 807-0630

FECHA: _____

ALERGIAS

[illegible]**FARMACIA**

(en donde frecuente llenar prescripciones)

Farmacia: _____ No. de farmacia #: _____ Fax de farmacia: _____

MEDICAMENTOS TOMADOS ACTUALMENTE

((incluya todos los suplementos dietéticos, de la pérdida de peso, y de la vitamina))

[illegible]

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
- ☐ Quimoterapia
- ☐ 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

Cuántas cajas / día? _____

Por cuántos años? _____

Tomas Alcohol? S / N

Cuántas bebidas / día? _____

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

****C 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, entendiéndolo 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