

INFORMACION DE PACIENTE
(PATIENT INFORMATION)

Sr. Sra. Srita. Apellido: _____ 1° Nombre _____ 2° Nombre _____
(Mr.) (Mrs.) (Ms.) (Last Name) (First) (MI)

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
(SS#) (Date of Birth)

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
(Mailing address) (City) (State) (Zip)

Domicilio Electronico _____
(E-Mail Address)

Número de Teléfono _____ Número de Teléfono Celular _____
(Home Phone) (Cell Phone)

Empleo _____ Número de Teléfono _____
(Employer) (Work #)

Dirección de Trabajo _____ Ciudad _____ Código Postal _____
(Work Address) (City) (Zip)

Esposa o Esposo Padre/Madre (si menor) _____ Número de Seguro Social _____
(Spouse/Parent (if Minor) (SS #)

Empleo de Esposo o Esposa _____ Dirección _____
(Spouse Employer) (Address)

Familiar mas cercano _____ Número de Teléfono _____
(Nearest Relative) (Phone #)

(¿Tiene familiares cercanos que han sido nuestros pacietnes? Si No (Nombre) _____
(Has anyone in your immediate family been a patient here?)

Como se enteró de nosotros?) (libro de teléfono, familiar amigo, anuncio otra manera) _____
How did you hear of us? (phone book, family member friend, ad, other)

Nombre de familiar o amigo _____
(Name of family member or friend)

Persona responsable por la cuenta: Ud. Esposo/Esposa Otro _____
(Person responsible for this account)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
(Address) (City) (State) (Zip)

Relación con el paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
(Relationship to patient) (Date of Birth)

El examen de la retina puede requerir que dilatemos sus pupilas. Esto puede hacer su visión borrosa por unas horas. Tenga cuidado al caminar y no maneje hasta que haya recuperado su visión a la normalidad. (An examination of the back part of the eye may require dilating the pupil. Please be aware that this may make your vision less clear. Please use caution when walking and do not drive until you have recovered sufficiently to do so safely.)

Yo entiendo que se me cobrará por todos los servicios que yo reciba, entiendo que yo soy responsable de pagar por los mismos servicios. Estas cuentas serán pagadas en el día de servicio. Yo entiendo que si mi cuenta se entregara a collecciones, yo pagaré por todos los costos de abogados, costos de corte, impuestos de collección, y otros cargos que resulten antes o después de presentar la denuncia. Yo entiendo que en el caso de una denuncia, esta será sentada en Kittitas County, WA. Ademas yo entiendo que hay un cargo de \$35 for cheques devueltos por el banco. Yo autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al doctor. Yo soy responsable de pagar el balance. Si estoy cubietro por Medicare, yo soy responsable por cualquier examen o cosa que no sea cubierta por Medicare.

Firma _____

Fecha _____

****Por favor de contestar las preguntas en el otro lado de la pagina. Gracias!**

Muchas de estas condiciones o el tratamiento puede afectar sus ojos. Si un medico le ha dicho que usted sufre de cualquiera de las siguientes condiciones por favor marquelas con un circulo.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> (Fiebre crónica, aumento o pérdida de peso) (Chronic fever, unexpected gain or loss of weight) | <input type="checkbox"/> (Problemas de la piel – salpullido, eccema, dermatitis) Skin problems (rashes, exzema, dermatitis) |
| <input type="checkbox"/> (Problemas con los oídos, la nariz, o la garganta, sordera, sinusitis) Ear, nose or throat problems (deafness, sinus) | <input type="checkbox"/> (Dolor o debilidad muscular – coyunturas, inchazón) Muskuloskeletal (e.g. muscle or joint aches, swelling) |
| <input type="checkbox"/> (Problemas con el corazón, i.e. – dolor en el pecho, latido irregular) Heart problems (e.g. chest pain, irregular beat) | <input type="checkbox"/> (Problemas neurologicos (dolor de cabeza, adormecimiento de las extremidades; debilidad) Neurological problems (headache, numbness weakness) |
| <input type="checkbox"/> (Problemas intestinales, i.e ardor estomacal, dolor, diarrea) Intestinal problems (e.g. heartburn, pain, diarrhea) | <input type="checkbox"/> (Problemas con la sangre, flujos de sangre) Bleeding or blood problems |
| <input type="checkbox"/> (Problemas genitourinarios, i.e. dolor, problemas con la vejiga) Genitourinary problems (e.g. pain, bladder problem) | <input type="checkbox"/> (Problemas psiquiátricos – ansiedad. depresión) Psychiatric problems (e.g. anxiety, depression) |
| <input type="checkbox"/> (Problemas con la glándulas – tiroides, hormonas) Gland problems (e.g. thyroid, hormonal) | <input type="checkbox"/> (Cáncer – tumores o carnicidades) Cancer, tumor or growth |
| <input type="checkbox"/> (Problemas con los pulmones, problemas de respiración) Lung problems (shortness of breath, asthma, bronchitis) | <input type="checkbox"/> (Problemas con asma) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Have you ever had anything similar to asthma? |

¿Tiene usted dificultad en moverse? Si No
Do you have any difficulty getting around?

¿Es usted diabético? Si No
Do you have diabetes?

¿Tiene dificultad en cuidarse? Si No
Any difficulty looking after yourself?

¿Algun miembro de su familia tiene diabetes? Si No
Is there diabetes in your family?

¿Dificultad en ir de compras o de cocinar? Si No
Any difficulty in shopping, cooking?

¿Consumo bebidas alcohólicas? Si No
¿Cuanto _____?
Do you drink alcohol?

¿Vive usted solo? Si No
Do you live alone?

¿Tiene una dieta balanceada? Si No
Do you eat a balanced diet?

¿Maneja? Si No
Do you drive?

¿Fuma? Si No ¿Cuanto _____?
Do you smoke?

¿Usted utiliza una computadora? Si No
Are you a computer user?

Domicilio Electrónico: _____
E-Mail Address

¿Que tipo de trabajo tiene usted? _____
What type of work do you do? (if retired, please say what you did before retiring)

¿Esta bajo trato médico? Si No
Are you under medical treatment now?

¿Quien es su su médico general? _____
Who is your general physician?

¿Fué referido por su médico? Si No
Did He/She refer you here?

¿Tiene alguna infección que cause problemas con su sistema inmunológico? Si No
Do you have any infection that could cause problems with immunity (immuno deficiency)?

Anote **TODOS** los medicamentos que está tomando, incluyedo, gotas para los ojos, insulina, aspirinas, o herbarios)
Please list **ALL** medicines you are taking, including eye drops, insulini, aspirin, vitamins, and any herbals.

Anote **TODAS** las cirugías que usted ha tenido:
Please list **ALL** surgeries you have ever had

Anote alergías incluyendo alergías a medicamentos:
Please list any allergies including allergies to medications