



NEW PATIENT FORM & MEDICAL QUESTIONNAIRE

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Telefono:  Casa: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_  Celular: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal \_\_\_\_\_  Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

O si estudiante, nombre de escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Num. Seguro Social: \_\_\_\_\_ Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_ Telefono de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Num. de ID de Seguro: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Tendedor de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del tendedor de la poliza: \_\_\_\_\_

Nombre de Médico Primario: \_\_\_\_\_ Telefono del PCP: \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Telefono de Farmacia: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su razón principal para ver al Dr. Monzon el día de hoy? \_\_\_\_\_

¿Usa usted espejuelos?  NO  SI Si contestó, SI, indique el tiempo de uso de lentes actuales: \_\_\_\_\_

¿Usa usted lentes de contacto?  NO  SI Si contestó, SI, indique el tiempo de uso de lentes actuales: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus pasatiempos actuales? : \_\_\_\_\_

¿Usted conduce un automóvil?  NO  SI

Si contestó, SI, tiene usted dificultad visual al conducir?  NO  SI

Ha usted sentido algunas de estas sintomas:

Table with 2 columns of symptoms and 2 columns of response options (NO, SI).

**HISTORIAL MEDICO Y OCULAR / PERSONAL / FAMILIAR**

¿Es usted alérgico a algún medicamento? SI o NO

Si contestó, SI, cuales: \_\_\_\_\_

¿Actualmente está recibiendo tratamiento para cualquier condición médica? SI o NO

Si contestó, SI, que/cuales condicion(es) medica(s) tiene?: \_\_\_\_\_

Por favor detalle todos los medicamentos que usted está tomando (incluyendo contraceptivos orales, aspirina, medicamentos sin receta y remedios caseros.): \_\_\_\_\_

Por favor escriba todas las heridas graves, cirugías, y/o hospitalizaciones que haya tenido:

Fecha: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

¿Está usted embarazada o lactando?  NO  SI

¿Consumo bebidas alcohólicas?  NO  SI Si contesto, SI, cantidad \_\_\_\_\_

¿Usa usted drogas ilegales?  NO  SI Si contest, SI, que tipo, cantidad \_\_\_\_\_

¿Consumo productos de tabaco?  NO  SI Si contesto, SI, que tipo, cantidad \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado expuesto o infectado con?  Gonorrea  Hepatitis  VIH  Sifilis

Por favor marque si usted o algun familiar (padres/abuelos/hermanos/hijos; vivos o muertos) padece de las siguientes condiciones:

<u>ENFERMEDAD/CONDICION</u>	<u>USTED</u>		<u>FAMILIAR</u>	<u>RELACIÓN AL PACIENTE</u>
	<u>NO</u>	<u>SI</u>		
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedades del corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedades renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Despredimiento de Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de Tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolores de Cabeza/Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedades pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Si usted contestó SI a alguna de las preguntas anteriores, o tiene condición que no está en esta lista, por favor, explique y detalle los medicamentos que toma o tratamientos que recibe:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## EVALUACION DE LENTES DE CONTACTO

1. ¿Qué tipo de lentes de contacto usa usted?  
 Duros       Blandos      Marca de lentes: \_\_\_\_\_
2. ¿Los encuentra cómodos?       NO     SI
3. ¿Con que frecuencia cambia usted sus lentes de contacto? \_\_\_\_\_
4. ¿Duerme con los lentes de contacto puesto?     NO     SI    Si contesto, SI, con que frecuencia?  
      Occasionalmente  
      1 - 3 noches a la semana  
      Todos los días  
      Otro \_\_\_\_\_
5. ¿Con que frecuencia siente usted las síntomas mencionados abajo?
- |                         | Nunca                    | Ocasionalmente           | Siempre                  |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Imcomodidad             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Resequedad              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depositos en los lentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ojos cansados           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irritación              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enrojecimiento          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

**\*Una evaluación de lentes de contacto no se considera parte de un examen de rutina y algunos seguros no lo cubren**



Fecha: \_\_\_\_\_

1. **UN DEPOSITO DE 50% DE LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE ES NECESARIO PARA TODOS ORDENES DE ESPEJUELOS Y LENTES.**
2. **TODAS LAS ARMADURAS TIENE UN AÑO DE GARANTIA DE LA FECHA DE COMPRA.**
3. **UNA VEZ LA ORDEN SEA MANDADA AL LABORATORIO EL DEPOSITO NO ES REEMBOLSABLE.**
4. **HAY UN COSTO AL PACIENTE DE \$20 POR USAR PROPIAS ARMADURAS. WEST KENDALL EYE CARE Y SUS LABORATORIOS NO TIENE RESPONSABILIDAD POR ARMADURAS PROPIAS DEL PACIENTE ROTAS / PERDIDAS.**

Iniciales \_\_\_\_\_

**Yo autorizo al Dr. Monzon someter informacion a mi seguro necesaria para pagos.**

Firma: \_\_\_\_\_

#### **CONSENTIMIENTO PARA TRATAR**

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted está indicando que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe por naturaleza incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se recomiende el tratamiento; y (2) usted da su consentimiento para el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común. El consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que se revoque por escrito. Usted tiene derecho en cualquier momento a interrumpir los servicios. Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba ordenada para usted. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas. Solicito voluntariamente a un médico y a otros proveedores de atención médica o a los designados según se considere necesario, que realicen un examen médico, pruebas y tratamiento razonables y necesarios para la afección que me ha llevado a buscar atención en esta práctica. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o intervencionistas, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la prueba o procedimiento.

I \_\_\_\_\_ (NOMBRE) Certifico que he leído y entendido completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntariamente a su contenido.

\_\_\_\_\_  
(SIGNATURE OF PATIENT OR GUARDIAN)

#### **RECONOCIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_ (NOMBRE) he recibido una copia de la NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN)

• EL PACIENTE SE NEGÓ A FIRMAR ANTERIORMENTE – FIRMA DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_