

OFFICE OF PECOS T. OLURIN M.D.

1403 NORTH RODNEY STREET

WILMINGTON, DE 19806

PHONE 302.654.4800 FAX 302.984.0440

FORMA DE HISTORIA PARA EL OCULISTA

Por favor de completa esta forma lo mas major que puedas.

Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____ Edad _____

Enumera las racones para esta visita

Fecha del ultimo examen de los ojos: _____ con Dr _____ Usa usted lentes ? YES No

Cuanto hase que tienes los lentes? _____ Usas usted lentes de contacto? _____

POR FAVOR ENUMERAS TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA.

Allergias: Anotas si tienes algun tipo de alergia y a que.

HISTORIA DE SALUD DEL PASADO: POR FAVOR MARQUE TODOS LOS QUE TE COMBIENES.

	YES	NO	Family History		YES	NO	Family History
Eye Injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lazy Eye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta Prescion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del ygado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas sangrando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migranas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones del corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tranfuciones de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthritis (Rheumatoid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarcoidosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad en los rinones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/Emphysema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lyme disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor de explicar qual quer otro problema que tu crea es importante para esta consulta.

Usted Fuma? YES No

Usted toma alcohol YES No

OFFICE OF PECOS T. OLURIN M.D.

1403 NORTH RODNEY STREET

WILMINGTON, DE 19806

PHONE 302.654.4800 FAX 302.984.0440

REGISTRACION PARA EL PACIENTE

Doctor Primario: _____ Estad la oficina de su doctor de acuerdo con esta cita ? Y N

Nombre: _____ - _____ - _____ Sexo M F Numero de Seguro Social # _____ - _____ - _____

Direccion: _____ Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Edad _____

Ciudad, Estado, Codigo: _____ - _____ - _____ Estado Matrimonial Soltero Casado Divorciado Biudo

Numero de Telefono: (_____) _____ Numero del Trabajo (_____) _____ ext. _____

Empleador: _____ Occupation: _____

Dirreccion del Trabajo: _____

En caso de emergencia a quien podemos llamar: _____ Quen te referio a este doctor: _____

INSURANCE INFORMATION

FAVOR DE DARLE LA TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA

Seguro medico primario _____ Co- Pago \$ _____

ID# _____ Numero del grupo: _____

Dirreccion: _____ Ciudad, Estado, Codigo: _____

Numero de Telefono: (_____) _____ Nombre del Subscriptor : _____

Subscriber's employer: _____

Relacion al Subscriptor: _____

Fecha de Nacimiento del Subscriptor: ____ / ____ / ____

ASSIGNMENT AND RELEASE ASSIGNMENT AND RELEASE

Yo, el suscrito certifico que yo o (el dependiente) tenemos seguro medico con _____
Y Assigno directamente al Dr. Pecos T. Olurin todos los beneficios del seguro, si por alguna razon el seguro no paga la consulta yo me hare responsable por los servicios que recibi . Yo entiendo que yo soy responsable por los cargos financieros a un que el seguro medico lo pague o no. Yo doy autorizacion que el doctor puedas soltar informacion necesario para a segurar pagare de los beneficios. Yo doy la autorizacion de la firma mia en todas las formas del seguro.

FIRMA

FECHA