



Eye Surgery Associates

Diplomates, American Board of Ophthalmology

2740 Hollywood Blvd. • Hollywood, Florida 33020 • 954-925-2740 • Fax 954-923-8379

Memorial West Medical Bldg. • 603 N. Flamingo Rd. • Suite 250 • Pembroke Pines, Florida 33028 • 954-431-2777 • Fax 954-431-1856

Broward Health Weston • 2300 N. Commerce Parkway, Suite 307 • Weston, Florida 33326 • 954-217-3155 • Fax 954-217-3156

www.browardeyedocors.com

Estrabismo Pediatrico Oftalmológico - Cuestionario para Nuevos Pacientes

Página 1: Información General

FECHA _____

NOMBRE _____ SEXO M F FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN _____ NUM. SOCIAL _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ COD. POSTAL _____

NOMBRE DEL PADRE _____ F.D.N. _____ NUM. SOCIAL _____

EMPLEADO POR _____

TELÉFONO DE LA CASA _____ TRABAJO (O) CELULAR _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ F.D.N. _____ NUM. SOCIAL _____

EMPLEADO POR _____

TELÉFONO DE LA CASA _____ TRABAJO (O) CELULAR _____

Médico de Familia (o Pediatra)

Dirección:

Teléfono:

Situación Familiar Paciente vive con sus padres

Vive con parientes, guardián o padres adoptivos

Padres son Casados Separados Divorciados

Otros médicos que deben recibir el informe. (Por favor, dar el nombre, especialidad, dirección y teléfono)

Nombre y edad de hermanos y hermanas:

Usted fue referido a nosotros por un médico de familia o pediatra? __ Sí __ No

Si "No", quien te ha referido o como supiste de nosotros? _____

Graduación Escolar Actual del paciente: _____

Nosotros tenemos la costumbre de enviar el informe de su examen de vista a todos los médicos que cuidan de su niño. Por favor, indique aquí si usted prefiere que no enviemos el informe a ninguno de los médicos mencionados anteriormente. _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

NOMBRE DE LA PRIMERA COMPAÑÍA DE SEGURO DE SALUD _____

NOMBRE DEL AFILIADO/SUBSCRIPTOR _____ SU ID# _____

NÚMERO DE LA PÓLIZA _____ NÚMERO DEL GRUPO _____

NOMBRE DE LA SEGUNDA COMPAÑÍA DE SEGURO _____

NÚMERO DE LA PÓLIZA _____ NÚMERO DEL GRUPO _____

NOMBRE DEL AFILIADO/SUBSCRIPTOR _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

Liberación del Médico

Yo autorizo el pago directo a _____ de los beneficios a que tengo derecho a través de la compañía de seguro que deben ser pagos a mí. También autorizo la divulgación de cualquier información médica pedida por mi seguro. Una copia de esta autorización puede ser utilizada en vez de la original. Yo autorizo cualquiera que tenga informaciones médicas o otras informaciones sobre mí a revelarlas a Seguro Social y a la Administración Financiera de Salud o sus intermediarios las informaciones necesarias a ellos o al Medicare. Yo pido que los beneficios del seguro de salud sean pagos a mí o a quien acepte la responsabilidad. Yo comprendo que soy financieramente responsable por los pagos no cubiertos por esta autorización.

Firma de los Padres

Estrabismo Pediatrico Oftalmologico - Cuestionario para Nuevos Pacientes

Pagina 2: Información Historica

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor, marque sí o no para cada una de las preguntas abajo:

Historia Familiar: Cual de los padres del paciente tuvieron cualquiera de los siguientes?

Sí	No		Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catarata en la Infancia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ambliopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma en la infancia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de parche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra enfermedad de los ojos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Complicaciones de anestesia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía en el musculo ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Genetica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anteojos antes de los 6 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades serias

Historia de Problemas de los Ojos: El paciente tuvo alguno de los siguientes?

Sí	No		Edad	Sí	No		Edad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examen de la Vista	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herida en los ojos	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ante ojos (espejuelos)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía en los ojos	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de parche	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas en los ojos	_____

Síntomas Recientes:

Sí	No		Por cuanto tiempo?	Sí	No		Por cuanto tiempo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojo Estrábico	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza frecuentes	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arruga los ojos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansacio de los ojos cuando lee	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión Doble	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad o Entumecimiento	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frotación excesiva de los ojos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tropezar con las cosas	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lágrimas constantes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No poder mirar normalmente	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vista borrosa	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio de Funcióned en la escuela o trabajo	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad a la luz	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros síntomas no mencionados anteriormente	_____

Otros Problemas Médicos (Historia Médica y Síntomas)

Sí	No		Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre o pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupción en la piel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones frecuentes en el oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas neurológicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas del oído de la nariz o garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades mentales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la celula hoz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias a medicamentos (escribelas)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del riñón o urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras alergias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vacunas no tomadas

Registre cualquier cirugía, hospitalización, enfermedades serias o lesiones anteriores:

Registre cualquier medicamento que el paciente este tomando, incluyendo gotas para los ojos:

Historia del Nacimiento:

Peso en el Nacimiento: _____ libras, _____ oz.

Sí	No	(Cual fue el problema?)	Sí	No	Bebe mantenido en el hospital por alguna enfermedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parto más de 2 semanas adelantado o tarde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas durante el parto o parto con forceps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebe mantenido en el hospital por alguna enfermedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desarrollo tardío

Revisado por Dr. _____