



INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo: M / H Estado Civil: S C D V
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Tel de la casa _____ Tel del trabajo _____ Tel celular _____
Empleador _____ Ocupación _____
Número de Seguro Social _____ E-Mail _____
¿Como se enteró de nosotros? _____ Su Medico Primario _____
En caso de emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Factura a mi seguro para el examen S / N Voy a pagar por mi examen S / N
Recibí la Ley de Privacidad HIPPA _____ Recibi la política forma de la Oficina _____
(Inicial) (Inicial)

**** INFORMACION DE SU ASEGURANZA ****

Aseguranza Primaria _____ No. De Póliza _____
Nombre del asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____
Empleador _____ Ocupación _____
Relación al paciente _____ Domicilio si diferente de paciente _____
Aseguranza Secundaria _____ No. De Póliza _____
Nombre del asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____
Empleador _____ Ocupación _____
Relación al paciente _____ Domicilio si diferente de paciente _____

Certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura de aseguranza con _____. Asigno la
oficina de Mario A. Caballero, OD, P.C., todos los beneficios de la aseguranza por los servicios prestados.
Entiendo que soy financierament responsable de todos los cargos y saldos dejados por mi aseguranza. En el caso
de que mi aseguranza no compensa la oficina de Mario Caballero OD, P.C. por sus servicios dentro de 90 dias,
todos saldos se convertirán en mi responsabilidad de pagar.
Firma del paciente o tutor _____ Nombre (letra en molde) _____ Fecha _____

HISTORIA DE LA SALUD / REVISION DE SISTEMAS

Ayudenos por favor decinos si actualment tiene algun de las problemas en la siguiente areas listadas abajo? (si es asi, definir al condicion en la zona prevista. Lista de medicamentos y alergias en blanco a coninuation.)

OJOS: Hablenos de sus ojos, Cual es el motivo de su vista? Ex., Lentes/contactos, Perdida de la vision?

TEGUMENTARIO: Tiene usted alguna condicion de la piel? Si es asi , nos dice lo que son.

NEUROLOGICAS: Ex., dolores de cabeza, migrana

OIDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA: Ex., alergias, fiebre del heno, los senos....

RESPIRATORIA: Ex., Asma, emfisema, bronquities cronica

VASCULAR: Ex., diabetes, presion arterial alta, colesterol

GASTROINTESTESTINAL: Ex., reflujo astroesofagico, ulceras

HUESOS/ARTICULACIONES/MUSCULOS: Ex., artritis reumatoide/lupus, lolor muscular/articular, la gota

LINFATICO/HEMATOLOGICAL: Ex., anemia, trastorno de la coagulacion

ENDOCRINO: Ex., tiroides/otras glandulas

PSIQUIATRICO: Ex., Insomnio...

GENITOURINARIO: Ex., genitales, los rinones

LISTA DE OTROS PROBLEMAS DE SALUD ABAJO:	RECIENTES		UTILIZA?:		EU. Sistema Metrico	
	Cirugia del	Trauma de	Tabaco	Alcohol	Altura _____ Pulgadas	Peso _____ Libras
_____	<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si		
_____	<input type="checkbox"/> Jefe	<input type="checkbox"/> Cuerpo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No		

MEDICINAS		ALERGIAS	
Haga una lista de los medicamentos que usted esta tomando actualment		Listade todo los medicamentos que usted es alergico	
NINGUNO		NKDA	NKA