

Fecha:   
 Day's Date:   
 Today's Date:

**Forma de Registración Adulta**

INFORMACION DEL PACIENTE							
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE			
DIRECCION		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL	
TELEFONO (CASA)		TELEFONO CELULAR		TELEFONO (TRABAJO)			
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		<input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A			
CORREO ELECTRONICO		¿QUIEN SE REFIRIO A NUESTRA OFICINA?		¿QUIEN ES SU MEDICO PRIMARIO?			
INFORMACION DEL EMPLEADOR							
¿QUIEN ES SU EMPLEADOR?							
DIRECCION		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL	
INFORMACION DE LA CUENTA							
PERSONA QUIEN ES RESPONSABLE POR EL PAGO				RELACION			
DIRECCION		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL	
COMPANIA DE SEGURO MEDICO		SUBSCRIPANTE		RELACION AL PACIENTE			
PROBLEMAS DE SALUD Y ANTERIOR HISTORIA DE SALUD							
<b>ALERGIAS</b> <input type="checkbox"/> NO QUE YO SEPA <input type="checkbox"/> SI (POR FAVOR ESCRIBELAS)							
<b>PROBLEMAS DE SALUD</b> <input type="checkbox"/> ALERGIAS ESTACIONALES <input type="checkbox"/> PROBLEMA DEL CORAZON <input type="checkbox"/> HIPERTENSION <input type="checkbox"/> CANCER <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> CONVULSIONES <input type="checkbox"/> PROBLEMA HEPATICO <input type="checkbox"/> INFERMEDAD RENAL <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CON PULMONES <input type="checkbox"/> PROBLEMAS EMOCIONALES <input type="checkbox"/> CATARATAS <input type="checkbox"/> GLAUCOMA <input type="checkbox"/> OJO ESTRAIDO O CRUZADO <input type="checkbox"/> PROBLEMAS MACULAR <input type="checkbox"/> OTRO _____							
MEDICAMIENTO				CIUJIAS ANTERIORES			
MEDICAMIENTO		DOSIS Y FRECUENCIA		CIRUGIA			

A  
N  
C

**POR FAVOR COMPLETAR POSTERIOR** □

**¿TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?**

**OREJAS/NARIZ/ GARGANATA**

- DOLOR DE CABAZA
- PERDIDA AUDITIVA
- ZUMBIDOS EN LOS OIDOS
- HEMORRAGIAS NAALES
- MOQUEO DE NARIZ
- PROBLEMAS DE SINUSITIS
- ENCIAS SANGRANTES
- DOLOR EN OREJAS
- DOLOR EN LA NARIZ
- DOLOR EN LA GARGANTA
- CAMBIOS DE SABOR
- LLAGAS EN LA BOCA
- BOCA SECA
- NINGUNO

**OJOS**

- PERDIDA DE VISION
- VISION BORROSA
- VISTA DISTORSIONADA
- VISION DOBLE
- FLOTADORES VITREOS
- DESTELLOS DE LUZ
- OTROS PROBLEMAS DE VISION
- LAGRIMEAN
- RESEQUEDAD
- SENSIBILIDAD A LA LUZ
- PAPPADO CAIDO
- OJOS ROJOS
- DRENAJE O MUCOSIDAD
- COMEZON
- DOLOR O INCOMODIDAD
- NINGUNO

**NEUROLOGIC**

- MAREO
- ATONTAMIENTO
- HORMIGUEO O ARDOR
- PERDIDA DE MEMORIA
- PERDIDA DE CONCIENCIA
- PERDIDA SUBITA DE LA VISION
- DIFICULTAD PARA CAMINAR
- DESORIENTACIONES
- NINGUNO

**FAMILIA Y HISTORIA SOCIAL**

- SI     NO    AMBLIOPIA
- SI     NO    DIFICULTAD CON LA ANESTHIA
- SI     NO    ARTRITIS
- SI     NO    CEGUERA
- SI     NO    CRUZADO/OJO DISTRAIDO
- SI     NO    DIABETES
- SI     NO    CANCER DEL OJO
- SI     NO    GLAUCOMA
- SI     NO    PROBLEMAS GENETICOS
- SI     NO    ENFERMEDAD DEL CORAZON
- SI     NO    HIPERTENSION
- SI     NO    CATARATAS JUVENILES
- SI     NO    EMFERMEDAD DE RINON
- SI     NO    LUPUS
- SI     NO    PROBLEMAS NEUROLOGICOS
- SI     NO    MUERTE PREMATURA
- SI     NO    PROBLEMAS DE RETINA
- SI     NO    DERRAME CEREBRAL
- SI     NO    PROBLEMAS DE LA TIROIDES

**OFFICE USE ONLY**