

Forma de Registración Adulta

Fecha:

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO NOMBRE		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO	
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 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

ALERGIAS: NO QUE YO SEPA
 SI (POR FAVOR ESCRIBELAS)

PORFAVOR DE LLENAR LA FORMA ATRAS 

PROBLEMAS DE SALUD

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ALERGIAS ESTACIONALES | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL CORAZON | <input type="checkbox"/> HIPERTENSION | <input type="checkbox"/> CANCER |
| <input type="checkbox"/> DIABETES(Año de diagnóstico) | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> PROBLEMA HEPATICO | |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD 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 MACULARES | <input type="checkbox"/> OTRO _____ | | |

MEDICAMIENTO

CIRUGIAS ANTERIORES

MEDICAMIENTO	DOSIS Y FRECUENCIA	CIRUGIA Y AÑO

¿TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

OREJAS/NARIZ/ GARGANATA	OJOS	NEUROLOGICO
<input type="checkbox"/> DOLOR DE CABAZA <input type="checkbox"/> PERDIDA AUDITIVA <input type="checkbox"/> ZUMBIDOS EN LOS OIDOS <input type="checkbox"/> HEMORRAGIAS NASALES <input type="checkbox"/> MOQUEO DE NARIZ <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SINUSITIS <input type="checkbox"/> ENCIAS SANGRANTES <input type="checkbox"/> DOLOR EN OREJAS <input type="checkbox"/> DOLOR EN LA NARIZ <input type="checkbox"/> DOLOR EN LA GARGANTA <input type="checkbox"/> CAMBIOS DE SABOR <input type="checkbox"/> LLAGAS EN LA BOCA <input type="checkbox"/> BOCA SECA <input type="checkbox"/> NINGUNO	<input type="checkbox"/> PERDIDA DE VISION <input type="checkbox"/> VISION BORROSA <input type="checkbox"/> VISTA DISTORSIONADA <input type="checkbox"/> VISION DOBLE <input type="checkbox"/> FLOTADORES VÍTREOS <input type="checkbox"/> DESTELLOS DE LUZ <input type="checkbox"/> OTROS PROBLEMAS DE VISION <input type="checkbox"/> LAGRIMEAN <input type="checkbox"/> RESEQUEDAD <input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD A LA LUZ <input type="checkbox"/> PARPADO CAIDO <input type="checkbox"/> OJOS ROJOS <input type="checkbox"/> DRENAJE O MUCOSIDAD <input type="checkbox"/> COMEZON <input type="checkbox"/> DOLOR O INCOMODIDAD <input type="checkbox"/> NINGUNO	<input type="checkbox"/> MAREO <input type="checkbox"/> ATONTAMIENTO <input type="checkbox"/> HORMIGUEO O ARDOR <input type="checkbox"/> PERDIDA DE MEMORIA <input type="checkbox"/> PERDIDA DE CONCIENCIA <input type="checkbox"/> PERDIDA SUBITA DE LA VISION <input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA CAMINAR <input type="checkbox"/> DESORIENTACIONES <input type="checkbox"/> NINGUNO

FAMILIA Y HISTORIAL SOCIAL

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | AMBLIOPIA |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | DIFICULTAD CON LA ANESTHSIA |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | ARTRITIS |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | CEGUERA |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | CRUZADO/OJO DISTRAIDO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | DIABETES |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | CANCER DEL OJO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | GLAUCOMA |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | PROBLEMAS GENETICOS |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | ENFERMEDAD DEL CORAZON |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | HIPERTENSION |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | CATARATAS JUVENILES |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | EMFERMEDAD DE RINON |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | LUPUS |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | PROBLEMAS NEUROLOGICOS |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | MUERTE PREMATURA |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | PROBLEMAS DE RETINA |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | DERRAME CEREBRAL |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | PROBLEMAS DE LA TIROIDES |