



RETINA CONSULTANTS LLC

2450 12th St. S.E.
Salem, Oregon 97302
503-371-4350

REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Apodo: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

N.º de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Sexo de nacimiento: Masculino Femenino Identidad de género: Masculino Femenino Otro _____

Dirección de facturación: _____

Nombre de residencia de adultos mayores o centro de atención _____ Teléfono: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Deseo recibir un recordatorio de cita por mensaje de texto: SÍ NO

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Apellido Nombre

Raza: Afroamericano/Negro Asiático Caucásico Hispano/Latino Otro: _____

Idioma preferido: _____ Necesito un intérprete: SÍ NO

Estado civil: _____ Estudiante: SÍ NO Veterano: SÍ NO Fumador: SÍ NO

Médico de atención primaria: _____
Apellido Nombre Clínica

Dirección de correo electrónico para inscribirse en el Portal del Paciente: _____ No acepto

Seguro médico

1. Compañía de seguros _____

N.º de póliza o de identificación _____ Número de grupo _____

Nombre del asegurado _____ Relación _____

Empleador asegurado _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

2. Compañía de seguros _____

N.º de póliza o de identificación _____ Número de grupo _____

Nombre del asegurado _____ Relación _____

Empleador asegurado _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO / REVELACIÓN DE BENEFICIOS E INFORMACIÓN

Esta firma autoriza el consentimiento para el tratamiento médico y todos los beneficios del seguro pagaderos directamente a Retina Consultants, LLC. Certifico que la información del seguro indicada es correcta. Además, acepto que soy responsable de informar de cualquier cambio en mi seguro y asumo toda la responsabilidad de cualquier saldo pendiente de pago. Autorizo al médico o a la compañía de seguros a compartir la información necesaria para facilitar el pago de los beneficios del seguro.

X _____

Firma del paciente o de la persona autorizada

Fecha de la firma



RETINA CONSULTANTS LLC

2450 12th St. S.E.
Salem, Oregon 97302
503-371-4350

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Autorizo a Retina Consultants, LLC a usar y revelar la información médica y de salud de

_____ para los siguientes fines:

Nombre del paciente

Tratamiento

(Incluye las actividades hechas por un médico u otro proveedor de atención médica que le preste directamente atención, coordinación o gestión de la atención que se le preste mediante terceros y las consultas con y entre médicos y otros proveedores de atención médica).

Pago

(Incluye las actividades relacionadas con la determinación de su elegibilidad para la cobertura del plan médico, la facturación y la recepción del pago de sus reclamaciones de beneficios de salud, y las actividades para la administración del uso, incluida la revisión de los servicios de atención médica por necesidad médica, la justificación de los cargos de precertificación y la preautorización de los servicios).

Operaciones de atención médica

(Incluye las funciones administrativas y comerciales necesarias de su proveedor de atención médica).

Puede consultar nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad* para obtener más información sobre los usos y revelaciones de información descritos en este CONSENTIMIENTO antes de firmarlo.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad de acuerdo con la ley, por lo que los términos contenidos en el *Aviso* también pueden cambiar. Publicaremos una copia resumida del *Aviso* en el recibidor de nuestra oficina. Le daremos una copia del *Aviso* si la solicita.

Como se explica con más detalle en el *Aviso*, usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la revelación de su información médica. ***No estamos obligados por ley a aceptar su solicitud.***

O

Fecha

Firma del paciente

Fecha

Firma de la persona autorizada por la ley

Lista de personas a las que autoriza obtener información médica en su nombre:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre _____

Fecha _____

FORMULARIO DE REVISIÓN DE SISTEMAS (ROS)

MARQUE LOS SÍNTOMAS O PROBLEMAS QUE SEAN CRÓNICOS O PERMANENTES.
NO MARQUE NADA SI NO SE APLICA A NINGUNA DE LAS CATEGORÍAS.

Constitucional:

- Fatiga
- Fiebre
- Sudores nocturnos
- Debilidad general
- Aumento de peso
- Pérdida de peso
- Ninguno

Examen de cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta:

- Pérdida de audición
- Problemas sinusales
- Dolor de garganta
- Zumbidos en los oídos (tinnitus)
- Ninguno

Respiratorio:

- Tos
- Falta de aire (disnea)
- Falta de aire (disnea) durante el ejercicio
- Sangre en el esputo (hemoptisis)
- Sibilancias
- Ninguno

Cardiovascular:

- Presión o malestar en el pecho
- Latidos irregulares/palpitaciones
- Hinchazón de piernas
- Latidos acelerados (taquicardia)
- Ninguno

Gastrointestinal:

- Dolor abdominal
- Estreñimiento
- Disminución del apetito
- Diarrea
- Acidez de estómago
- Náuseas
- Ninguno

Genitourinario:

- Dificultad al orinar (disuria)
- Sangre en la orina (hematuria)
- Urgencia urinaria
- Ninguno

Metabólico/Endocrino:

- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor
- Sed excesiva (polidipsia)
- Ninguno

Neurológico:

- Problemas de equilibrio
- Mareos
- Dolores de cabeza
- Pérdida de memoria
- Adormecimiento de brazos o piernas
- Ninguno

Psiquiátrica:

- Depresión
- Insomnio
- Nerviosismo
- Estrés
- Ninguno

Musculoesquelético:

- Dolor de espalda
- Rigidez de las articulaciones
- Hinchazón en las articulaciones
- Calambres musculares
- Debilidad muscular
- Ninguno

Hematológico/Linfático:

- Sangrado frecuente
- Moretones frecuentes
- Ninguno

LISTA DE MEDICAMENTOS

Escriba **TODOS** LOS MEDICAMENTOS ORALES, INHALADOS, NASALES, INYECTABLES Y TÓPICOS incluyendo los de venta con receta (pastillas, inhaladores, cremas tópicas, etc.); gotas para los ojos (p. ej., lágrimas artificiales, Visine, gotas para la alergia, etc.); de venta libre (p. ej., **aspirina**, Tylenol, Advil, spray salino, etc.); inyecciones (p. ej., insulina, vitamina B12, inyecciones para la alergia, etc.); vitaminas (p. ej., vitamina A, vitamina C, etc.); minerales (p. ej., calcio, hierro, etc.); suplementos de hierbas (p. ej., glucosamina condroitina, ginkgo biloba, ajo, etc.) y oxígeno:

Nombre del medicamento	Dosis	Cant. al día	Motivo del uso del medicamento

Nombre y lugar de su farmacia:

Alergias/sensibilidades a los medicamentos:

Reacciones a los medicamentos:

Nombre _____ Fecha _____

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre _____ Fecha _____

Altura: _____ Peso: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias a los medicamentos: _____ Yodo Cinta adhesiva

Problemas de la vista actuales: Describa _____

HISTORIA OCULAR: (marque las condiciones que tiene o ha tenido en los ojos)

Obstrucción de un vaso sanguíneo de la retina

Cataratas

Retinopatía diabética

Ojos secos

Infección ocular

Lesión ocular

Moscas volantes y destellos de luz Ojo derecho

Moscas volantes y destellos de luz Ojo izquierdo

Glaucoma

Ambliopía (ojo perezoso)

Problema ocular hereditario

Nombre: _____

Degeneración macular

Miopía

Desprendimiento de retina

Desgarro de retina

Otro: _____

Cirugías oculares: (incluyendo cataratas, cirugía láser, medicamentos de inyección intraocular con las fechas de tratamiento más actuales)

Ojo derecho / Fecha

Ojo izquierdo / Fecha

HISTORIA SOCIAL:

¿Fuma? No Sí Si la respuesta es Sí, ¿cuánto? _____ cajetillas por día durante _____ años

¿Ha consumido tabaco? No Sí Si la respuesta es Sí, edad en que dejó _____

¿Consume tabaco de mascar? No Sí

¿Consume o ha consumido drogas recreativas? No Sí

¿Bebe alcohol? No Sí Si la respuesta es Sí, ¿cuánto? _____

Estado de trabajo: Jubilado Discapacitado Estudiante Desempleado Empleado como _____

¿Conduce? No Sí

¿Con quién vive? Solo Cónyuge Familiares Residencia de adultos mayores Pareja

Otro: _____

PROBLEMAS MÉDICOS: (marque las condiciones médicas que tiene)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón (fibrilación auricular, valvulopatía, cardiopatía congestiva) |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hepatitis / Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión alta (hipertensión) |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre Si es así, ¿dónde?_____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades renales |
| <input type="checkbox"/> Tipo de cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón (infarto de miocardio) |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto (lípidos elevados) | <input type="checkbox"/> Tratamiento de apnea del sueño Sí___ No___ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad arterial coronaria | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral (CVA) |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 por_____ años | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| A1C: _____ Fecha _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> GERD (Enfermedad por reflujo gastroesofágico) | |

1) Cirugías previas:

2) Hospitalizaciones previas en el último año:

HISTORIA FAMILIAR: (condiciones que se dan en la familia)

Adoptado No sabe

Condición	Madre	Padre	Hermano (hermano o hermana)	Niño (hijo o hija)
Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2				
Trastornos gastrointestinales				
Glaucoma				
Enfermedades del corazón				
Hipertensión (presión alta)				
Enfermedad renal				
Degeneración macular				
Enfermedad respiratoria				
Derrame cerebral				
Otro:				



CONSENTIMIENTO Para La Dilatación Ocular

Las gotas de dilatación son un componente importante del examen de sus ojos, si es por su consulta inicial, diagnósticos, procedimientos, o visitas de seguimiento. Estas gotas le dilatan, o agrandan, sus pupilas, permitiendo a su doctor vitreoretinal a obtener una imagen mas clara de la parte posterior de su ojo.

Las gotas de dilatación a menudo pueden causar temporalmente que la vista sea borrosa, la duración es diferente entre cada individuo. Además, puede aumentar la sensibilidad a luces brillantes. No es posible que su oftalmólogo pueda saber el impacto exacto de su vista. En consecuencia, manejar inmediatamente después del examen puede ser muy difícil. Por lo tanto, es aconsejable que organicé una forma alternativa de transporte y evitar que maneje usted.

Reacción adversa, como glaucoma de cierre de angula agudo, puede ser provocado por las gotas de dilatación. Es sumamente raro y tratable con atención médica inmediata.

Yo, el abajo firmante, he leído y entiendo el folleto informativo proveído a mi con respecto al procedimiento de dilatación de los ojos y con la firma de esta forma, yo por voluntad propia doy mi consentimiento para someterme a la dilatación de los ojos a Retina Consultantes. Por la presente autorizo a Retina Consultants (Dr. Westfall, Dr. Baynham, Dr. Michelotti, Dr. McClintic) y/o los asistentes que pueden ser designado por el/ella a administrar las gotas de dilatación.

Firma Del

Paciente: _____ DOB _____

(o persona autorizada para firmar para el paciente)

Nombre Del

Paciente: _____ Fecha: _____

Andrew C. Westfall, M.D. Justin T.L. Baynham, M.D. Monica M. Michelotti M.D. Scott M. McClintic, M.D.

2450 12th Street Salem OR 97302 503-371-4350 1-800-626-0668 FAX 503-371-1124

2815 SW Willetta, Suite A-2 Albany OR 97321 541-704-1003

3100 Haworth Avenue Suite 280 Newberg, Oregon 97312

www.salemretina.com