

Dr. Rafael A. Gallardo

Oftalmólogo

Especialista en Enfermedades y Cirugía de los Ojos

Edif. Pavía II Suite 203
1449 Américo Salas St.
San Juan, PR 00909



P.O. BOX 362158
San Juan, PR 00936
Tels. 787-725-2880
787-725-6001
Fax 787-724-6070

Información Personal: (En letra de molde)

Nombre _____ Fecha _____

Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____

Mes/Día/Año

Dirección Residencial _____

_____ Código Postal _____

Dirección Postal _____ Código Postal _____

Teléfonos: Residencia _____ Trabajo _____ Celular _____

Ocupación _____ Lugar de Trabajo _____

Correo Electrónico _____

En caso de emergencia a quien podemos notificar:

Nombre _____ Relación _____

Teléfono: _____

Referido por: Amigo/Familiar _____ Doctor _____

Páginas Amarillas Televisión Periódico Internet Otro _____

Completar si es menor de 18 años: (En letra de molde)

Nombre del Padre _____ Lugar de Trabajo _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre de la Madre _____ Lugar de Trabajo _____

Dirección _____ Teléfono _____

Información del Plan Médico: (En letra de molde)

Plan Médico _____

Asegurador Primario _____ Relación _____

¿Es usted responsable del pago de su plan médico? Si ____ No ____

Si no lo es, quien es responsable de pagarlo:

Nombre _____ Relación _____

Encargo y acuerdo financiera:

1. Por favor, recuerde que el seguro es considerado un método de reembolso del paciente pagado al médico y no es un sustituto para el pago. Algunas compañías pagan una cuota fija para algunos procedimientos y otros pagan un porcentaje del cargo. **Es su responsabilidad de pagar cualquier deducible, co-seguro, o cualquier otro balance no pagado por su plan médico.**
2. **Con el fin de controlar el costo de facturación, solicitamos que el deducible se pague antes de ser evaluado y si su visita requiere de otros cargos que se pague a la conclusión de la visita al menos que esté cubierto por su plan médico.**
3. **Certifico que estoy cubierto por mi plan médico y por aquellos cargos no cubiertos por el seré responsable del mismo.**
4. **Duplicado de receta perdida tiene un costo de \$25.00.**

Firma del Paciente o Encargado _____ Fecha _____

Historial Médico: (Letra de molde)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Mes/Día/Año

Indique si ha tenido alguna de las condiciones siguientes:

- | | | | |
|--|-------|---|-------|
| 1. Enfermedades/condiciones recurrentes | Si/No | 16. Degeneración Muscular | Si/No |
| 2. Hospitalización por alguna razón | Si/No | 17. Asma | Si/No |
| 3. Alguna cirugía | Si/No | 18. Huesos rotos, torceduras, dislocaciones | Si/No |
| 4. Infecciones frecuentes de la garganta, amígdalas, o oídos | Si/No | 19. Dolor crónico, inflamación, debilidad o rigidez en brazos, piernas o articulaciones | Si/No |
| 5. Problemas de audición o visión | Si/No | 20. Daño severo en pecho y/o órganos internos | Si/No |
| 6. Mareo por movimiento | Si/No | 21. Glaucoma | Si/No |
| 7. Mareos o desmayos | Si/No | 22. Déficit atencional o hiperactividad | Si/No |
| 8. Migraña o dolores frecuentes de cabeza | Si/No | 23. Anemia, hemorragias | Si/No |
| 9. Convulsión, Ataques epilépticos | Si/No | 24. Diabetes | Si/No |
| 10. Infarto | Si/No | 25. Hepatitis | Si/No |
| 11. Condiciones cardíacas o presión sanguínea alta | Si/No | 26. ¿Presentas alguna condición infecciosa en este momento? | Si/No |
| 12. Infecciones del tracto urinario | Si/No | 27. Ansiedad | Si/No |
| 13. Depresión | Si/No | 28. Presión alta | Si/No |
| 14. Infecciones del riñón o cálculos renales | Si/No | 29. Padece de la tiroide | Si/No |
| 15. Otros _____ | | | |

Usa espejuelos Si ____ No ____

Usa lentes de contactos Si ____ No ____ Si usa, cuales _____

Ha sido operado de la vista Si ____ No ____ Indique de que fue operado _____

Tiene problemas leyendo Si ____ No ____

Esta experimentando problemas de visión Si ____ No ____

Indique cuales son los problemas que esta experimentando _____

Ha tenido alguna lección en los ojos Si ____ No ____ Indique cual _____

Esta usando gotas para los ojos Si ____ No ____ Si usa, cuales _____

Esta siendo tratado para alguna enfermedad Si ____ No ____ Cual _____

Tiene algún historial familiar de enfermedades en los ojos Si ____ No ____ Indique cuales _____

Indique historial familiar de enfermedades:

Fuma: Si ____ No ____ Toma bebidas alcohólicas: Si ____ No ____ Está embarazada Si ____ No ____

Alergias:

Por favor enliste todas las alergias a medicamentos, alimentos o circunstancias ambientales (picaduras de insectos, asma, animales, etc.) Si requiere epinefrina, debe traer al menos una dosis personal (sugerimos EpiPen®), es necesario llevarla contigo durante todo el curso y tener conocimiento de cómo usarla.

Alergia	Fecha de última reacción	Descripción de la reacción	Tratamiento	Epinefrina prescrita
				Si / No
				Si / No
				Si / No
				Si / No

Medicamentos que está tomando:

Por favor marque todo lo que aplique y las otras secciones de acuerdo a los medicamentos que está tomando (ya sea recetado por un médico o no).

- NO tomo medicamentos regularmente
- SI tomo medicamentos regularmente y son los siguientes:

Firma del Paciente o Encargado _____ Fecha _____