

SILKISS EYE SURGERY

OCULOFACIAL PLASTIC, RECONSTRUCTIVE AND ORBITAL SURGERY

OFICINA ADMINISTRATIVA
400 29th Street, Suite 315
Oakland, CA 94609 Teléfono
510.763.0881
Fax 510.763.0907

Fecha _____

Nombre _____ Género: _____

Dirección _____

Calle N.º de departamento Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____ N.º de seguro social ____/____/____

Teléfono: Celular (____) _____ Particular (____) _____ Laboral (____) _____

Dirección de correo electrónico _____

Médico de cabecera _____

Nombre Ciudad Teléfono Fax

¿Cómo se enteró de Silkiss Eye Surgery? _____

Médico que deriva _____

Nombre Ciudad Teléfono Fax

Contacto de emergencia: _____

Nombre Relación Teléfono

Farmacia preferida _____ Dirección _____ Teléfono _____

CUESTIONARIO DE ATENCIÓN MÉDICA

Antecedentes médicos:

Asma/EPOC	Hipertensión
Cáncer (especifique) _____	Colesterol alto
Depresión	Accidente cerebrovascular
Diabetes	Enfermedad tiroidea (especifique) _____
Enfermedad cardíaca (especifique) _____	
Otro _____	

Indique sus medicamentos:

Nombre	Dosis	Frecuencia	Vía de administración
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergias: _____

SILKISS EYE SURGERY

OCULOFACIAL PLASTIC, RECONSTRUCTIVE AND ORBITAL SURGERY

OFICINA ADMINISTRATIVA
400 29th Street, Suite 315
Oakland, CA 94609 Teléfono
510.763.0881
Fax 510.763.0907

Nombre _____ Fecha _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Historial social

¿Actualmente fuma o usa
productos derivados del tabaco? _____

En caso afirmativo, ¿ha pensado
en abandonar el hábito? _____

¿Tiene antecedentes de tabaquismo/
uso de productos derivados del tabaco? _____

En caso afirmativo, ¿cuándo
abandonó el hábito? _____

¿Bebe alcohol? _____

En caso afirmativo: ¿Con qué frecuencia se toma una bebida con alcohol? _____

¿Cuántas bebidas alcohólicas estándar se toma en un día habitual? _____

¿Con qué frecuencia se toma 6 o más bebidas en una ocasión? _____

Datos demográficos

¿Cuál es su raza? Asiático o asiático americano ¿Cuál es su etnia? Hispano/latino
Africano o afroamericano No hispano/latino
Caucásico o euroamericano
Indígena americano o nativo de Alaska
Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico Otra: _____

Evaluación médica

1. ¿Recibió la vacuna contra la influenza este año? _____
En caso afirmativo, indique la fecha y el proveedor: _____
2. ¿Alguna vez recibió una vacuna neumocócica? _____
En caso afirmativo, indique la fecha y el proveedor: _____
3. ¿Recibe tratamiento por glaucoma? _____
En caso afirmativo, indique el proveedor: _____
4. ¿Tiene diabetes? _____
En caso afirmativo, ¿se ha realizado el examen anual de la vista para diabéticos?
Fecha _____ Proveedor _____
En caso afirmativo, ¿se ha sometido a las pruebas de hemoglobina glicosilada (HbA1c)? _____
Fecha _____ Ubicación _____ Resultado _____
5. ¿Recibe tratamiento por degeneración macular? _____
En caso afirmativo, indique el proveedor: _____
6. Si padece degeneración macular, ¿actualmente toma vitaminas para la visión o suplementos antioxidantes? _____
7. Si es mayor de 65, ¿le preocupa sufrir caídas? _____
8. Si es mujer, ¿se hizo la mamografía este año? _____