

# Formulario de Historia de Niño

Por favor, escriba con letra de molde en ambos lados de esta forma lo más completa posible.

Página 1/2

Por favor tenga la tarjeta de seguro médico del paciente listo

Apellido del niño \_\_\_\_\_ El sexo:  Masculino  Femenino La fecha \_\_\_\_\_

Nombre de pila de niño \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ El cumpleaños \_\_\_\_\_ La edad \_\_\_\_\_ El año \_\_\_\_\_ El mes \_\_\_\_\_

Garante (Persona responsable) \_\_\_\_\_ La escuela \_\_\_\_\_ El grado \_\_\_\_\_

La dirección \_\_\_\_\_ El maestro \_\_\_\_\_

La ciudad \_\_\_\_\_ El código postal \_\_\_\_\_ El Médico/ pediatra \_\_\_\_\_

Teléfono principal (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ El dirección del médico \_\_\_\_\_

Número de trabajo de los padres #1 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Nombre de los padres #1 \_\_\_\_\_

Número de trabajo de los padres #2 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Nombre de los padres #2 \_\_\_\_\_

Correo electrónico principal \_\_\_\_\_ Hermano(s) nombre y edad \_\_\_\_\_

Seguro de visión \_\_\_\_\_ Seguro de visión. Miembro ID/SSN # \_\_\_\_\_

Seguro médico de PPO \_\_\_\_\_ Médico ID# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

El nombre completo del miembro de seguro \_\_\_\_\_ El cumpleaños del miembro de seguro \_\_\_\_\_

Por favor tenga la tarjeta de seguro médico del paciente listo

Idioma preferido \_\_\_\_\_ La raza  Am. Nativo  Asiático  Afroamericano  Hispano  Isleño pacífico  Blanco  Declinar

¿Cuál es la razón principal de la visita de hoy? \_\_\_\_\_

Fecha de último examen de ojo \_\_\_\_\_ ¿Cómo se enteró acerca de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

¿Le recetaron anteojos?  Sí  No ¿Son los lentes / contactos desgastados constantemente?  Sí  No

¿Le recetaron lentes de contacto?  Sí  No ¿El paciente ha tenido terapia de la visión?  Sí  No

**Historia de la Salud** – Por favor marque las condiciones que se aplican a su hijo o su familia, especifique la relación con el niño.

## Historia Clínica

Alergias  Niño  Familia \_\_\_\_\_

**ADD/ADHD**  Niño  Familia \_\_\_\_\_

**Autismo**  Niño  Familia \_\_\_\_\_

**Diabetes**  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Sensible de los fármacos  Niño  Familia \_\_\_\_\_

**Dyslexia**  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Traumatismo de cabeza  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Enfermedades del corazón  Niño  Familia \_\_\_\_\_

**Alta presión**  Niño  Familia \_\_\_\_\_

**Colesterol alto**  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Dolores de cabeza  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Enfermedad respiratoria  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Tiroides  Niño  Familia \_\_\_\_\_

## Salud Ocular Historia

Cataratas  Niño  Familia \_\_\_\_\_

"Daltonismo"  Niño  Familia \_\_\_\_\_

**Retinopatía diabética**  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Sequedad de los ojos  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Alergias oculares  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Cirugía del ojo  Niño  Familia \_\_\_\_\_

**Glaucoma**  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Flotadores  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Manchas en el ojo  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Luces intermitentes  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Ojo vago / Ojo desviado  Niño  Familia \_\_\_\_\_

**Degeneración macular**  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Desprendimiento de retina  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Flotadores vítreos  Niño  Familia \_\_\_\_\_

Por favor indique otros **problemas médicos** \_\_\_\_\_

Por favor indique TODOS los **medicamentos** actualmente tomado por niño \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier **alergias** \_\_\_\_\_

## NACIMIENTO E HISTORIA DEL DESARROLLO

Describir la salud de la madre durante el embarazo: \_\_\_\_\_

POR FAVOR VOLTEE LA PÁGINA

# Formulario de Historia de Niño

Por favor, escriba con letra de molde en ambos lados de esta forma lo más completa posible.

Por favor tenga la tarjeta de seguro médico del paciente listo .

Página 2/2

¿La madre utilizó sustancias (alcohol, tabaco, etc.) o medicamentos durante el embarazo?

Sí  No

¿Nació el niño prematuramente?  Sí  No Si es así, ¿Que temprano (en semanas)? \_\_\_\_\_ Peso al nacer del niño: \_\_\_\_\_

Describa la entrega (Círcule uno) Normal Parto de nalgas Cesárea Fórceps Inducida

¿Hubo alguna complicación antes, durante o después del parto?  Sí  No En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo algún problema congénito como corazón, pulmón o defectos de nacimiento? \_\_\_\_\_

Describa cualquier problema de salud durante la infancia: \_\_\_\_\_

A qué edad comenzó su niño(a) a (en años y meses): Gatear \_\_\_\_\_ Caminar sin ayuda \_\_\_\_\_

Hablar palabras claramente \_\_\_\_\_ Ate los zapatos \_\_\_\_\_ Abotonar su abrigo \_\_\_\_\_

Síntomas de la Visión		Síntomas en la Escuela	
Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Paciente tiene problemas en la escuela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza/mareos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Utiliza el dedo para leer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salta palabras/ pierde su lugar leyendo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se distrae fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tensión ocular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pobre autoestima	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Movimientos culares espasmódicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad para terminar tareas escritas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Doble visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad para copiar de la pizarra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Entrecerrando, ojo del frotamiento, o parpadeando	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fatigado fácilmente durante leyendo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ojos rojos, irritados, o picazón constante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reversión de números/letras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## COMPORTAMIENTO GENERAL

¿Hay problemas de conducta en la casa o en la escuela?  Sí  No En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

## EVALUACIÓN DE LA TERAPIA/EDUCACIÓN

¿Su hijo alguna vez ha tenido una evaluación neurológica, psicológica y terapia ocupacional?  Sí  No

¿En caso afirmativo, por quién? Resultados y recomendaciones: \_\_\_\_\_

¿Ha habido cualquier terapia previa para dificultades de aprendizaje, visuales o problemas en hablar?  Sí  No

¿En caso afirmativo, sírvase indicar el tipo de terapia, duración y resultados: \_\_\_\_\_

**Autorización de Comunicaciones:** Doy permiso a Gary Sneag, O.D. Optometric Corp. y personal a contactarme en relación con asuntos de la salud y la salud ocular de mi hijo por correo, teléfono o correo electrónico y puedo optar que no por petición escrita.

Iniciales del padre o guardián \_\_\_\_\_

**Renuncia del Seguro:** Entiendo que soy financieramente responsable, si la compañía de seguros de mi hijo paga o no, para todos los cargos incurridos. Además acepto que en caso de falta de pago, voy a cargar con el coste de la recogida y/o los gastos de la corte y honorarios legales razonables si tal acción judicial fuera requerida.

Iniciales del padre o guardián \_\_\_\_\_

**Reconocimiento de Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad:** Por la presente reconozco que he recibido o he tenido la oportunidad de recibir una copia de Gary Sneag, O.D. Corporación Optometría -, O.D. Corporación Optometría - Aviso de Prácticas de Privacidad. Al firmar abajo estoy "sólo" dando reconocimiento que he recibido o he tenido la oportunidad de recibir el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Iniciales del padre o guardián \_\_\_\_\_

**Reconozco que copias fotostática de estos reconocimientos serán consideradas tan válidas como la original.**

Escriba el nombre del padre o guardián \_\_\_\_\_ La firma \_\_\_\_\_ La fecha \_\_\_\_\_

POR FAVOR VOLTEE LA PÁGINA