



WILLIAM TOWNSEND PICO, MD
JESSICA CEDAÑO RICHIEZ, MD
FERDINAND RODRIGUEZ AGRAMONTE

Nombre

Fecha cita:

Fecha

REGISTRO DE PACIENTE					
Nombre		In.	Apellido		Sexo
Dirección Residencial			Ciudad	Zip Code	
Tel		Tel. Trabajo		Celular	Método preferido de pago
Fecha nacimiento	Edad	Seguro Social	Estado Civil ☐ S ☐ C ☐ D ☐ V		E-mail
Farmacia preferida, nombre, dirección y teléfono					
Estoy de acuerdo a que Retina Consultants of Puerto Rico, PC solicite y use mi historial de medicamentos de otro proveedor de salud o farmacia para propósito de tratamientos.					
Firma: _____ Fecha: : _____					
Contacto de emergencia			Relación	Num. Teléfono	
Doctor que refiere				Num. Teléfono	
Médico primario				Num. Teléfono	
INFORMACION DEL SEGURO					
Seguro primario:					
Compañía: _____		Dirección: _____		Teléfono: _____	
ID#: _____		Grupo #: _____		Fecha efectivo: _____	
Póliza a nombre de: _____		SS dueño póliza: _____		DOB: _____	
Seguro secundario:					
Compañía: _____		Dirección: _____		Teléfono: _____	
ID#: _____		Grupo #: _____		Fecha efectivo: _____	
Póliza a nombre de: _____		SS dueño póliza: _____		DOB: _____	

Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda
Alguno o algunos de los familiares, vivos o fallecidos, tienen alguna de estas condiciones?

Condicion	Relacion	Condicion	Relacion
Diabetes		Cancer	
Presión alta		Enfermedades del ojo	
Enfermedad del corazón		Retinopatía Diabética	
Tuberculosis		Glaucoma	
Enfermedad del riñon		Degeneración macular	
Migraña		Desprendimiento de retina	
Infartos		Otro:	

Nombre paciente: _____

Fecha cita: _____

MEDICAMENTO	MG	VECES	CIRUGIAS	FECHA

Alergias: _____ Comida _____ Medicamentos _____

HISTORIAL MEDICO**OCULAR**No hay historial ocular: ☐**SYSTEMICA:**No hay historial medico ☐

Ha usted tenido?	Si	No	Fecha episodio
Desprendimiento de Retina			
Parpadeo			
Floaters			
Pérdida de visión			
Retinopatía Diabética			
Degeneración macular			
Enfermedad hereditaria ojo			
Glaucoma			
Oclusión de la vena retiniana			
Migrañas oculares			
Amblyopia (ojo vago)			
Glaucoma			
Cataratas			
Ojos extremadamente secos			
otro			

Ha usted tenido?	Si	No	Fecha episodio
Diabetes:			
Tipo 1 o Tipo 2			
Presión Alta			
Problemas del corazón			
Asthma/enfizema/TB/COPD			
Problemas del hígado			
Díálisis ☐			
Cáncer			
Migrañas			
Sistema inmune débil			
Colesterol alto			
Otras enfermedades: no ☐			