

# Simpson and Mann Optometry

1131 W. Sixth St., Suite 150

Ontario, CA 91762

909-986-0918

FAX 909-984-4918

## Formulario de información de pacientes infantiles o preescolares

FECHA DEL EXAMEN \_\_\_\_\_

|                               |        |        |                     |              | M/F |                    |
|-------------------------------|--------|--------|---------------------|--------------|-----|--------------------|
| Apellido                      | Nombre | Apodo  | Fecha de nacimiento |              | ( ) | Edad               |
| Domicilio                     | Ciudad | Estado | Código postal       | Tel. Casa    | ( ) | Núm. seguro social |
| Nombre y apellido de la madre |        |        | Ocupación           | Tel. Trabajo | ( ) | Núm. seguro social |
| Nombre y apellido del padre   |        |        | Ocupación           | Tel. Trabajo |     | Núm. seguro social |

Nombres y edades de los miembros de la familia que viven en el hogar

Referido por \_\_\_\_\_ Nombre del médico y su número telefónico \_\_\_\_\_

Seguranza:

Visión: VSP \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_ Asegurado por: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

Médica: AETNA \_\_\_\_\_ MEDI-CAL \_\_\_\_\_ Healthy Families \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_ Asegurado por: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

Historial del paciente:

1. Razón principal por el examen:

- No hay problema-Revisión general       Se frota los ojos excesivamente       Entrecierra los ojos
- Ojos se vuelven hacia adentro       Le lloran los ojos excesivamente       Lesión de ojo o cabeza \_\_\_\_\_
- Ojos se vuelven hacia afuera       2ª opinión       Referido por médico
- Ojos rojos/lagañosos       Problemas de vista de parientes
- Vista borrosa
- Otra: \_\_\_\_\_

2. Mi hijo(a) es:  Natural  Adoptado/a  De crianza  Otro

3. Historial del embarazo:

a. Duración del embarazo:  Menos de 7 meses.  7-8 meses  8-9 meses  Más de 9 meses

b. Durante el embarazo de este/a niño/a, cual, si alguna de estas cosas sucedieron:

Toxemia  Lesionada por caída  Enfermedad severa  Trauma  
 Fumaba  Medicamento recetado  Uso de alcohol  Uso de drogas  
 Poco cuidado obstétrico

Favor de explicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. Tipo de parto:  Natural  Cesárea  Fórceps/Aspirado  Anestesia  Otro

d. ¿Hubo complicaciones en el parto?  Sí  No Si respondió que sí explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Peso al nacer:  lbs.  oz.

5. ¿Está tomando su hijo/a algún medicamento en la actualidad?  Sí  No Si respondió que sí ¿cuál(es) y para qué?: \_\_\_\_\_

6. Historial de: (indique cuándo y a qué)

Fiebre alta  Infección de los oídos  Epilepsia o convulsiones  Alergias a medicamento  Otras alergias

**SIGA AL DORSO**

# Simpson and Mann Optometry

1131 W. Sixth St., Suite 150

Ontario, CA 91762

909-986-0918

FAX 909-984-4918

## 7. Historial ocular del paciente:

- a. Anteojos            \_\_\_No    \_\_\_Sí, a la edad de \_\_\_\_¿Cumplió con su uso? \_\_\_\_\_
- b. Parche             \_\_\_No    \_\_\_Sí, a la edad de \_\_\_\_¿Cumplió con su uso? \_\_\_\_\_
- c. Terapia de vista    \_\_\_No    \_\_\_Sí, a la edad de \_\_\_\_¿Cumplió con su uso? \_\_\_\_\_
- d. Cirugía ocular      \_\_\_No    \_\_\_Sí, a la edad de \_\_\_\_¿Cumplió con su uso? \_\_\_\_\_

## 8. ¿Ha sufrido algún pariente sanguíneo de lo siguiente? (indique el parentesco a su hijo/a):

- |       |       |                   |       |       |                             |
|-------|-------|-------------------|-------|-------|-----------------------------|
| ___No | ___Sí | Deterioro macular | ___No | ___Sí | Enfermedad cardíaca         |
| ___No | ___Sí | Catarata          | ___No | ___Sí | Presión arterial alta       |
| ___No | ___Sí | Diabetes          | ___No | ___Sí | Problemas retinales         |
| ___No | ___Sí | Glaucoma          | ___No | ___Sí | Ojo girado                  |
| ___No | ___Sí | Ojo vago          | ___No | ___Sí | Discapacidad de aprendizaje |

## 9. Etapas del desarrollo

| ACTIVIDAD                           | EDAD      | TEMPRANO | TARDE | NORMAL | NO ESTÁ SEGURO |
|-------------------------------------|-----------|----------|-------|--------|----------------|
|                                     | PROMEDIA  |          |       |        |                |
| a. Control a 180 grados de los ojos | 3 meses   | _____    | _____ | _____  | _____          |
| b. Control de la cabeza             | 3 meses   | _____    | _____ | _____  | _____          |
| c. Agarre con las manos             | 4 meses   | _____    | _____ | _____  | _____          |
| d. Sentarse sin que se le sostenga  | 6.5 meses | _____    | _____ | _____  | _____          |
| e. Caminar sin ayuda                | 12 meses  | _____    | _____ | _____  | _____          |
| f. Garabatea espontáneamente        | 15 meses  | _____    | _____ | _____  | _____          |
| g. Combinar dos palabras distintas  | 21 meses  | _____    | _____ | _____  | _____          |
| h. Copiar un círculo                | 3 años    | _____    | _____ | _____  | _____          |
| i. Andar en triciclo                | 3 años    | _____    | _____ | _____  | _____          |

j. Conoce los colores

4 años

\_\_\_\_\_

10. Indique todas las evaluaciones que se le han hecho a su hijo anteriormente:

| DOCTOR/ INSTITUCIÓN | FECHA(S) | TIPO DE EVALUACIÓN | RESULTADOS/TRATAMIENTOS/INTERVENCIONES |
|---------------------|----------|--------------------|--|
| _____               | _____    | _____              | _____                                  |
| _____               | _____    | _____              | _____                                  |
| _____               | _____    | _____              | _____                                  |

11. Nombres y direcciones de individuos o agencias que desea que reciban los resultados de nuestro examen:

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONDICIONES DE PAGO: Nos complace ayudarlo a presentar su reclamo de seguro. Si su seguro no paga la cantidad anticipada o si su seguro le paga directamente, le pedimos que pague el saldo. La política de la oficina exige el pago en el momento del servicio. Si se van a pedir anteojos o lentes de contacto, se solicita un depósito mínimo del 50% y el saldo se debe en el momento de la entrega. Aceptamos efectivo, cheques personales, Visa y MasterCard. Se agrega una tarifa de reposición mensual de \$5 a todas las cuentas con saldos no pagados después de 30 días. He leído y acepto todas las disposiciones de la política financiera de la oficina. He recibido / revisado una copia de la política de privacidad de la información de atención médica para la Optometría de Simpson y Mann.

Firma \_\_\_\_\_

Relación al/la niño/a \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Gracias**